



4224 Hollywood Blvd. Hollywood, FL 33021  
Ph 954.966.3600 Fx 954.967.1962

## CD AND FILM POLICY

Utilice este formulario como autorización para enviar copias de mis informes médicos y registros a la (s) oficina (es) médica (s) siguiente (s):

Médico: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**CD & Film Policy:** El Centro de Diagnóstico de Hollywood tendrá una copia de su informe enviada por fax a su médico de atención médica, como se mencionó anteriormente, generalmente dentro de las 48 horas. Si requiere que se envíe una copia del informe a un segundo médico, como un especialista, sírvase proporcionar esa información también.

Generalmente, su proveedor de atención médica sólo requerirá una copia firmada del informe del radiólogo. Para estudios más extensos, como MRI, CT o PET / CT, su proveedor de atención médica puede solicitar que traiga copias de las imágenes para una evaluación posterior. Si estas imágenes son necesarias, por favor háganoslo saber. Proporcionaremos imágenes digitales en un CD sin cargo alguno. Para otros estudios, tales como rayos X, ultrasonidos, exploraciones de densidad ósea, o cualquier otro examen que no esté en la lista, por favor llame a la oficina de su proveedor de atención médica al 954-966-3600, ext. 247, y solicita las imágenes. Éstos estarán listos para la recogida en el plazo de 48 horas.

Los pacientes que solicitan copias de imágenes para su propio uso pueden hacerlo por escrito. Espere 48 horas para procesar la solicitud. La primera copia es gratuita y la segunda copia es de \$ 10. Si se solicitan películas reales, la tarifa es de \$ 2 por hoja.

**ENTIENDO QUE PUEDO REVOCAR ESTA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO EN CUALQUIER MOMENTO, EXCEPTO EN LA MEDIDA EN QUE LA PERSONA (S) Y O LAS ORGANIZACIONES NOMBRADAS ANTERIORMENTE HAN ADOPTADO UNA ACCIÓN DE CONFIANZA CON ESTA AUTORIZACIÓN. ESTA AUTORIZACIÓN EXPIRARÁ 90 DÍAS DESDE LA FECHA FIRMADA, O EN EL CASO DE QUE SE RECIBA UNA REVOCACIÓN ESCRITA, LO QUE VENGA PRIMERO.**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PACIENTE (Por favor escriba)

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE /  
PADRE/TUTORLEGAL