

AUTORIZACIÓN PARA ENTREGAR RESULTADOS

Yo, _____ autorizo a Insight Radiology PR a entregar los
resultados y/o imágenes de mis estudios a el (la) sr(a) _____ o
_____.

Firma del paciente _____ Fecha _____

PARA USO DEL PERSONAL AUTORIZADO

(Si es menor de edad) Nombre del paciente: _____

Estudio Realizado: _____

Num. I.D. _____ (Persona Autorizada)