

AUTHORIZATION TO RELEASE X-RAYS & INFORMATION

To: _____
(NAME OF HEALTH CARE PROVIDER, CLINIC, HOSPITAL, ETC.)

Address: _____

I, _____ Birthdate _____ request the following information:
(PATIENT'S NAME)

X-Rays History Records Diagnosis Reports Treatment
concerning my: Illness Accident Injury Other _____

To be released to: _____
(NAME OF PRACTITIONER, INSURANCE CO., ATTORNEY, DOCTOR, HOSPITAL, EMPLOYER, NEXT OF KIN, ETC.)

For the purpose of: _____
(REVIEW, EVALUATION, INSURANCE CLAIM PROCESSING, INVESTIGATION, OR ANY PURPOSE REASONABLY RELATED TO THE ABOVE)

I understand that I have a right to receive a copy of this authorization upon my request.

Signature: _____ Date: _____

Patient Spouse Parent Guardian

Dr. Signature: _____ Date: _____

Address: _____

AUTORIZACIÓN PARA RENDIR RADIOGRAFÍAS (RAYOS X) E INFORMACIÓN

Para: (Proveedor) _____
(NOMBRE DE DOCTOR, CLINICA, HOPITAL, ETC.)

Domicilio: _____

Yo, _____ Fecha de Nacimiento _____ suplico la siguiente
(NOMBRE DE PACIENTE)

información: Radiografías (Rayos X) Historia Archivos Diagnóstico Reportes Tratamiento

Tocante á mi: Accidente Daño Enfermedad Otro _____

Para ser rendido a: _____
(NOMBRE DE COMPAÑIA DE SEGUROS, LICENCIADO, DOCTOR, HOSPITAL, ETC.)

Para el propósito de: _____
(PROCEDIMIENTO DE CUALQUIER RECLAMACION, O CUALQUIER PROPOSITO RAZONABLEMENTE RELACIONADO A LO SOBREMENCIONADO)

Yo entiendo que yo tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización, siguiente a mi súplica.

Firma: _____ Fecha: _____

Paciente Espos(a) Padre Guardian

Firma del Doctor: _____ Fecha: _____

Domicilio: _____