



## Autorizacion para la Divulgacion de Informacion

Nombre de Facilidad de Mamograma Anterior: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado: \_\_\_\_\_

### Informacion del Paciente

Nombre (Porfavor Imprima): \_\_\_\_\_

Apellido Previo (Porfavor Imprima): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

**Porfavor Realize mis Estudios de Mamographia en Forma de DICOM via CD o Film:**

Invision Diagnostics  
127-D Wamsutta Mill Rd,  
Morganton, NC 28655

Powershare: Invision Diagnostics  
Fax: (704) 966-2407  
Teléfono: (877) 318-1349

\*Porfavor denos sus records mas recientes si han cambiando a debido que nuestra locacion a cambiado

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

\*\*Porfavor llame or mande por fax si no ay algun estudio de mamograma disponible \*\*

Por este medio doy el concentimiento de que se envíen las copias necesarias de mis estudios relacionados con cualquier procedimiento de los senos, incluyendo los que se han realizado previamente ya sean en hospitales, centros clinicos y alguna otra oficina que practique tales estudios tambien incluyendo cualquier informacion concerniente a estudios de cancer y los resultados de tales estudios realizados, estoy de acuerdo de que se envíe una copia de los estudios de realizados a quien los solicite ya sea en original o por via fax.