

****For Office use only****

Patient Account Number



virginia physicians
FOR WOMEN

Mammography Film Release Form

Informacion para el paciente

Gracias por programar su mamografía con VPFW. Después de su mamografía, un radiólogo leerá sus imágenes. Para brindarle la mejor calidad de atención, le pedimos que solicite su mamografía más reciente de la oficina anterior. Usted tendrá que completar este formulario y luego enviar por fax o correo postal (no por correo electrónico) a su departamento de mamografía anterior a la oficina 2 semanas antes de su cita para asegurarse de que los registros lleguen antes de su cita. Si las imágenes anteriores no están disponibles en el momento de su cita, sus resultados pueden ser retrasados hasta que lleguen sus registros anteriores.

Métodos aceptables de obtención de imágenes:

- Transferencia electrónica solo mediante de Emix Technology a jwyatt@raservicesbilling.com
- CD's Digitales
 - Paciente recoger de la oficina local to pick up from local facilities
 - Mandar a: **Envie por favor todos los CD's e/o imagenes a nuestra oficina principal:**

**Virginia Physicians for Women
10710 Midlothian Tnpk.
Suite 200
Richmond, VA 23235
804-897-2100 804-897-2107 fax**

Nombre del Paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Oficina _____

Direccion _____

Ciudad _____ Estado _____ codigo postal _____

Telefono _____ FAX _____

Estoy solicitando una copia de mi mamografía anterior y/o imágenes de ultrasonido mamario de esta oficina con el propósito de comparación con los estudios mamográficos actuales. Siendo la persona que firma este contrato, entiendo que doy permiso a la oficina anterior para revelar los registros confidenciales de atención médica. También entiendo que tengo el derecho de revocar este consentimiento, pero que mi revocación no es efectiva hasta que sea entregada por escrito a la persona que está en posesión de mis registros. Una copia de este consentimiento y una notación referente a las personas o organismos a quienes se hizo la divulgación se incluirán en mis registros originales. La persona que reciba los registros para los cuales este consentimiento pertenece, no puede volver a

divulgarlos a otra persona sin mi consentimiento escrito por separado, a menos que el destinatario sea un promotor que haga divulgaciones permitidas por la ley.

Firma del
paciente _____ Fecha _____

Tecnólogo de
contacto: _____ Fecha _____