



AUTORIZACION 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)