

**PARK CITY IMAGING**  
1850 SIDEWINDER DRIVE, SUITE 410  
PARK CITY, UT 84060  
PHONE: 435-615-0250  
FAX: 435-615-0252

Fecha: \_\_\_\_\_ Account # \_\_\_\_\_

**LIBERACION DE REGISTROS**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Escriba Por Favor

Las Fotografias incluidas son parte de sus registros permanentes. El Centro es responsable legalmente de mantener custodia de los registros en todo momento. Es por esa razon que requerimos su firma para indicar que esta indicando que usted esta sacando los registros del centro y admite haberlos recibido bajo su custodia. Negativos Originales deben ser devueltos ya sea por el paciente o persona indicada.

Una copia del reporte de interpretacion tambien puede ser incluida y sera incluida. Usted reconoce Y acepta liberar a Park City Imaging de todos reclamos, pleitos , danos, o cualesquiera acciones que sean, que surgan por sacar los registros del Centro.

Tambien esta entendido que el discurso de esta informacion lleva con ella el potencial de la re-discusion no autorizada y que la informacion podria perder la protection de las reglas de confidencialidad federales.

Firma Del Paciente: \_\_\_\_\_

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

Va a llevar estos registros a otra Clinica o Doctor? [ ]Si [ ]No

Nombre de Clinica/Doctor: \_\_\_\_\_

Tipo de Estudio: \_\_\_\_\_

Identificacion Fotografica Fue Verificada? [ ]Si [ ]No Iniciales del Empleado \_\_\_\_\_