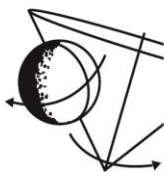


CARLSBAD IMAGING CENTER  
6010 HIDDEN VALLEY RD. #125  
CARLSBAD, CA 92011  
PHONE: (760)730-3536 FAX: (760)720-4833  
WWW.CARLSBADIMAGING.COM



IMPERIAL RADIOLOGY  
2407 MARSHALL AVENUE, SUITE A  
IMPERIAL, CA 92251  
PHONE: (760)545-0340 FAX: (760)545-0341  
WWW.IMPERIALCOUNTYRADIOLOGY.COM

## Medical Records Release

Patient Name \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ Relation \_\_\_\_\_

I hereby authorize Carlsbad Imaging Center and/or Imperial Radiology **to release** my imaging study reports and/or images to the following :

- \_\_\_\_\_ #1. **facility and/or physician(s) via fax and/or mail** (see physicians below)  
\_\_\_\_\_ #2. **to myself - the patient - via mail only** (see address below)  
    ➔ *Exceptional cases only: when a patient is physically unable to come into the office*  
\_\_\_\_\_ #3. **to a family member or friend** (to be picked up in the imaging office)  
    ➔ *A picture ID will be used to confirm their name and DOB*

### **If you selected option #1 or #2:**

I hereby authorize Carlsbad Imaging Center and/or Imperial Radiology **to mail** my imaging study reports and/or images to my home address on file or address written below, and/or an authorized doctor's office named below; I \_\_\_\_\_ understand and I am aware that by requesting my results to be mailed to my home address or a doctor's office may be breaching HIPPA privacy laws and that my personal records being mailed might not remain confidential.

**My Rights:** I understand that unless revoked, this authorization is valid from the date of signing and will remain valid until revoked. I understand that I may revoke this authorization in writing or in person at the imaging center at any time except to the extent disclosure has already been made in accordance with this document. I understand that I do not have to sign an authorization as a condition for receiving treatment or health care benefits (treatment, payment or enrollment). I have read the above Authorization to Release Information and do hereby acknowledge that I am familiar with and fully understand the terms and conditions of this authorization.

Patient Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Patient's **Guardian** Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Patient mailing address** \_\_\_\_\_

Physician Name 

1.
----

 \_\_\_\_\_ 

2.
----

 \_\_\_\_\_

Physician Phone 

1.
----

 \_\_\_\_\_ 

2.
----

 \_\_\_\_\_

Physician Fax 

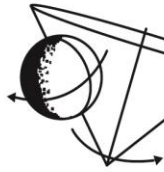
1.
----

 \_\_\_\_\_ 

2.
----

 \_\_\_\_\_

CARLSBAD IMAGING CENTER  
6010 HIDDEN VALLEY RD. #125  
CARLSBAD, CA 92011  
PHONE: (760)730-3536 FAX: (760)720-4833  
WWW.CARLSBADIMAGING.COM



IMPERIAL RADIOLOGY  
2407 MARSHALL AVENUE, SUITE A  
IMPERIAL, CA 92251  
PHONE: (760)545-0340 FAX: (760)545-0341  
WWW.IMPERIALCOUNTYRADIOLOGY.COM

## LIBERACION DE REGISTROS MEDICOS

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo Carlsbad Imaging Center y/o Imperial Radiology a **divulgar mis informes de estudios** de imágenes a los siguientes:

- \_\_\_\_\_ **#1**      **Consultorio médico o medico(s) por fax o correo** (a los médicos a continuación)
- \_\_\_\_\_ **#2**      **A mí mismo- el paciente- por correo únicamente** (ver dirección abajo)  
→ Solo en casos excepcionales: cuando un paciente es físicamente incapaz de ir a la oficina
- \_\_\_\_\_ **#3**      **A un miembro de la familia o amigo** (para recoger en la oficina de imágenes)  
→ Se usará una identificación con foto para confirmar su nombre y fecha de nacimiento

### **Si selecciono la opción #1 o #2:**

Por la presente autorizo Carlsbad Imaging Center y/o Imperial Radiology **enviar por correo** mi estudio de imágenes reportes y/o imágenes a la dirección de mi casa en archivo o dirección escrita a continuación, y/o al nombre del consultorio del médico autorizado a continuación; Yo \_\_\_\_\_ *entiendo y estoy consciente de que al solicitar que mis resultados se envíen por correo a mi domicilio o al consultorio médico se podrá estar infringiendo las leyes de privacidad de HIPPA y que mis registros personales podrían no permanecer confidenciales.*

**Mis derechos:** Entiendo que a menos que sea revocado. Esta autorización es válida a partir de la fecha de la firma y seguirá siendo válida hasta que sea revocada. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito o en persona en el centro de imágenes en cualquier momento excepto en la medida en que la divulgación ya se haya hecho de acuerdo con este documento. Entiendo que no tengo que firmar una autorización como condición para recibir tratamiento o beneficios de salud. (Tratamiento, pago o inscripción). He leído la autorización anterior para divulgar información y por la presente reconozco que estoy familiarizado con esto y entiendo completamente los términos y condiciones de esta autorización.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del responsable del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Dirección del paciente** \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor    **1.** \_\_\_\_\_

Teléfono del Doctor    **1.** \_\_\_\_\_

Fax del Doctor    **1.** \_\_\_\_\_

**2.** \_\_\_\_\_

**2.** \_\_\_\_\_

**2.** \_\_\_\_\_