

CARLSBAD IMAGING CENTER

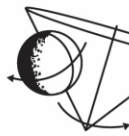
6010 HIDDEN VALLEY RD. #125

CARLSBAD, CA 92011

PHONE: (760) 730-3536 FAX: (760) 720-4833

ORDERS@CARLSBADIMAGING.COM

WWW.CARLSBADIMAGING.COM



IMPERIAL RADIOLOGY

2407 MARSHALL AVENUE, SUITE A

IMPERIAL, CA 92251

PHONE: (760) 545-0340 FAX: (760) 545-0341

ORDERS@IMPERIALCOUNTYRADIOLOGY.COM

WWW.IMPERIALCOUNTYRADIOLOGY.COM

AM&BB IMAGING CENTER, INC. TIN-33-0991215 NPI - 1730278656

HIPAA RELEASE AND AUTHORIZATION

Patient's Name: _____ Date of Birth: _____

Medical Records. I hereby authorize Carlsbad Imaging Center/Imperial Radiology to use or disclose my imaging study reports and/or images to the following:

Name: _____

Via mail Address: _____

Via e-mail: _____ Via Fax: _____

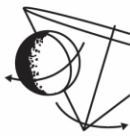
I understand that unless revoked, this authorization is valid from the date of signing and will remain valid until revoked. I understand that I may revoke this authorization in writing or in person at the imaging center at any time except to the extent disclosure has already been made in accordance with 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.

Print patient name _____

Patient/Guardian Signature: _____ Date: _____

Relationship _____

CARLSBAD IMAGING CENTER
6010 Hidden Valley Rd. #125
CARLSBAD, CA 92011
PHONE: (760) 730-3536 fax: (760) 720-4833
ORDERS@CARLSBADIMAGING.COM
WWW.CARLSBADIMAGING.COM



IMPERIAL Radiology
2407 MARSHALL AVENUE, SUITE A
IMPERIAL, CA 92251
PHONE: (760) 545-0340 fax: (760) 545-0341
ORDERS@IMPERIALCOUNTYRADIOLOGY.COM
WWW.IMPERIALCOUNTYRADIOLOGY.COM

AM&BB IMAGING CENTER, INC. TIN-33-0991215 NPI - 1730278656

AUTORIZACIÓN Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (HIPAA)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Registros médicos. Por la presente, autorizo a Carlsbad Imaging Center/Imperial Radiology a utilizar o divulgar mis informes de estudios de imágenes y/o las imágenes mismas a las siguientes partes:

Nombre: _____

Por correo postal (Dirección): _____

Por correo electrónico: _____ Por fax: _____

Entiendo que, a menos que sea revocada, esta autorización es válida a partir de la fecha de su firma y permanecerá vigente hasta que sea revocada. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito o en persona en el centro de imágenes en cualquier momento, salvo en la medida en que la divulgación ya se haya realizado de conformidad con este documento. Entiendo que no estoy obligado a firmar una autorización como condición para recibir tratamiento o beneficios de atención médica (tratamiento, pago o inscripción). He leído la Autorización para la Divulgación de Información anterior y, por la presente, reconozco que estoy familiarizado con los términos y condiciones de esta autorización y que los comprendo plenamente.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____

Relación: _____