



# SAND LAKE IMAGING

Your Choice. The Clear Choice.

## Autorización para revelar información de salud

### Información de Autorización

Yo autorizo a Sand Lake Imaging para revelar/peticion de mi informacion medica como indicado abajo:

**Esta sección debe estar para que la solicitud sea procesada.**

#### Información del paciente:

MRN: Para ser completado por la oficina.

Nombre completo del paciente: \_\_\_\_\_ Nombre anterior: \_\_\_\_\_

Dirección del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

#### Información de liberación de:

Nombre / Facilidad: \_\_\_\_\_ Atención / Contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Propósito de la solicitud:  Personal  Tratamiento  Legal  Transferencia / Razón

Esto es para autorizar la transferencia de mis registros médicos a la instalación de imágenes nombrada a continuación.

#### Por favor enviar a:

**SLI - Turkey Lake**  
9350 Turkey Lake Road  
Orlando, FL 32819

**SLI-Lady Lake**  
809 CR 466, Unit 400  
Lady Lake, FL 32159

**SLI - Maitland**  
1640 N. Maitland Avenue  
Maitland, FL 32751

### Transferencia de registros medicos a traves de

**Media pedido:**  Placas  CD (preferencia)  Reportes  Patología  Otras

**Exámenes:**  Diagnósticos  X-Ray  Mammogramas  Ultrasonido  MRI  CT  PET

Fecha de Servicio: \_\_\_\_\_

SOLAMENTE PARA USO INTERNO

Registros medicos llamados:  Si  No

Fecha: \_\_\_\_\_ Transferido via  Correo Postal  Recoger

Persona de contacto: \_\_\_\_\_ Persona Recogiendo: \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor legal:

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

*(Requerido para todos los pacientes menores de 18 años a menos que lo permita la ley. Si no es el padre, se debe proporcionar documentación de representación legal)*

Si está firmado por el representante del paciente, proporcione una descripción de la autoridad: \_\_\_\_\_

Firma del paciente:

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

**ESTO ES UNA TRANSFERENCIA PERMANENTE  
SI SE NECESITA MÁS INFORMACIÓN, LLAME AL 407.363.2772 • FAX 407.447.9966**

ORLANDO | MAITLAND Ph: 407.363.2772 Fax: 407.447.9966

LADY LAKE Ph: 352.753.2660 Fax: 352.753.2259

**REGISTROS MEDICOS Fax: 407.472.1350**

**www.sandlakeimaging.com**

