MASSACHUSETTS
GENERAL HOSPITAL

IMAGING

Image Service Center

55 Fruit Street – Blake Sub-basement 0029A
Boston, MA 02114
Telephone: (617) 726-1798
Fax: (617) 724-0264

Autorización Para Entrega De Imágenes Médicas

Spanish / Authorization for Release of Medical Images from Image Service Center

Nombre del paciente / *Patient Name:* _____
(escriba en letra de molde / *print please*)

Número del historial médico en MGH – (tarjeta azul) / *Medical Record #*: _____

Por medio del presente formulario autorizo al hospital Massachusetts General Hospital a entregar imágenes médicas de mi expediente de imágenes.

Para la entrega de imágenes médicas en disco CD:
Las imágenes médicas digitales en el disco CD no necesitan ser devueltas. AVISO: Yo entiendo que si hay imágenes mamográficas en este disco CD, estas no están concebidas para ser interpretadas de forma definitiva a no ser que sean analizadas por un radiólogo que utilice un monitor aprobado por el FDA. Si este disco CD contiene imágenes de tomosíntesis (mamografía en 3D), estas sólo pueden ser analizadas con un equipo autorizado para la tomosíntesis.

Para la entrega de imágenes médicas sobre película radiográfica:
Las imágenes digitales sobre película radiográfica no deben ser devueltas. Estas imágenes están identificadas con una etiqueta adherida al sobre que dice "Copy". Sin embargo, las imágenes médicas originales que no contengan ninguna etiqueta adherida al sobre, deberán ser devueltas. AVISO: Entiendo que las imágenes médicas sobre película radiográfica son las originales y puede que no existan copias de estas. Me encargaré de que estas imágenes médicas sean devueltas al hospital MGH en un plazo de 30 días. El hospital MGH requiere la pronta devolución de las imágenes médicas con motivo de tener expedientes completos para que el personal clínico pueda darle la mejor atención médica posible y para cumplir con lo dispuesto por la ley del estado y del gobierno federal. Entiendo que aunque jamás acuda para mi atención médica a este hospital, los originales tienen que conservarse en esta entidad y que están a mi disposición para que los solicite cuando los necesite. Por medio de la presente declaración libero enteramente al Massachusetts General Hospital, a sus agentes y a sus empleados, de toda responsabilidad en relación a la entrega de las imágenes médicas solicitadas, o en relación a que yo, o un tercero, no cumpla con la devolución de las mismas.

Entiendo este reglamento, ya que se me ha explicado. Acuso recibo de

_____ disco(s) CD; _____ Copias de película radiográfica digital; _____ películas (placas) ORIGINALES
(# of CDs given) *(# of digital film copies given)* *(# of original films given)*

Le agradecemos por adelantado el trato cuidadoso de las imágenes y por devolver los originales al centro de servicio de radiología, MGH Radiology Image Service Center.

Fecha / *Date*

Firma del paciente o del representante (si no es el paciente)
Patient signature or Signature of Presenter (in not patient)

ISR Initials

Parentesco del representante
Relationship of Presenter

PARTNERS HEALTHCARE | FOUNDED BY BRIGHAM AND WOMEN'S HOSPITAL AND MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL

© The General Hospital Corporation, 2011