

UTMB Imaging Centers

Galveston
301 University Blvd
Galveston, TX 77555-0709
409-772-7150
Fax: 409-747-2850

Primary Care Pavillion
400 Harborside Drive, St. 111
Galveston, TX 77555-0709
409-772-6851
Fax: 409-747-2850

Victory Lakes
2240 Gulf Freeway South
League City, TX 77573-5143
832-505-1700
Fax: 281-309-0147

Liberación de paciente auto-referido Forma

Yo entiendo que como paciente auto-referido, el reporte de mi mamografía y el sumario del reporte en términos sencillos se me enviará. **EL REPORTE NO SE ENVIARÁ A UN MÉDICO.** Si mi mamograma indicara que yo necesito más evaluaciones, yo pudiera proveerle al Departamento de radiología de UTMB el nombre de un médico al cual se le enviaría mi reporte o, yo le pediría al Departamento de Radiología de UTMB que me refiriera con un médico.

Además, yo entiendo que después de darle al médico arriba mencionado la información relacionada con el Departamento de Radiología de UTMB, la responsabilidad de toda o cualquier otra acción/tratamiento/decisión posterior relacionada con otros que no sean los hallazgos de rutina/normales descansa únicamente en mí y en el médico designado.

Médico
Nombre _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____

Con mi firma reconozco que yo entiendo la anterior declaración.

Firma del paciente

Fecha

Testigo

Fecha