

1484 Williamsbridge Road
Bronx, New York 10461
Tel: 718.828.6800
Fax: 718.828.6586
www.ddiimaging.com

DISTINGUISHED DIAGNOSTIC IMAGING, P.C.

Release Form

I _____, hereby request the release of my
Patients Name

MRI CT X-Rays US Mammograms Bone Density

___films ___report ___ both, de that were done here at Distinguished Diagnostic Imaging P.C. upon the request of Dr. _____ I take full and total responsibility for these films and documents.

Patient's Name: _____

Date of Birth: _____ **Acct .No.** _____

Address: _____


- If you are not the patient requesting the films, please come with a letter from the patient. Please indicate your relationship to the patient:

___ Spouse ___ Parent ___ Child ___ Other

(If marked other, describe) _____

Signature: _____
(Patient or Person picking up information)

Date: _____

 **The first CD is free of charge.** Please be advised that once this release form is signed, the patient or person picking up the CD will be held responsible for the disc. Please do not leave it with a doctor or misplace it. **The fee for the second one is \$50.00.** By initialing the box, you adhere to these terms and conditions.



John T. Rigney, M.D.
Board Certified Radiologist

MRI • BONE DENSITOMETRY • X-RAY • ULTRASOUND • MAMMOGRAPHY • CT SCAN

1484 Williamsbridge Road
Bronx, New York 10461
Tel: 718.828.6800
Fax: 718.828.6586
www.ddiimaging.com

DISTINGUISHED DIAGNOSTIC IMAGING, P.C.

Release Form

Yo _____, por la presente pido sacar mis
Nombre Del Paciente

MRI CT X-Rays US Mammograms Bone Density

___films ___report ___ ambos, de que fueron hechos aqui en

Distinguished Diagnostic Imaging P.C. por el requerimiento de

Dr. _____ tomo la responsabilidad complete y
total de estas peliculas y documentos.

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Acct .No.** _____

Direccion: _____

- Si usted no es el paciente que pide las peliculas, venga por favor con una carta del paciente. Indique por favor su relacion al paciente:


___ Esposo(a) ___ Pariente ___ Hijo (a) ___ Otro

(si marco otro, describelo) _____

Firma: _____

(Paciente o Persona recogiendo informacion)

Fecha: _____

 **El primer CD es gratis.** Tenga en cuenta que una vez firmado este formulario, el paciente o la persona que recoja el CD se hará responsable del disco. Por favor no dejarlo con un médico o lo pierde.
La tarifa para la segunda es \$50.00. Al inicial esta casilla, usted adherirse a estos términos y condiciones.