



# Columbia Kreitchman **PET** Center

COLUMBIA UNIVERSITY COLLEGE OF PHYSICIANS & SURGEONS

En acuerdo con todas las regulaciones de HIPPA, Columbia Kreitchman PET Center le puede disponer cualquier resultado de la exploración de PET y PET/CT, ambos reportes é imágenes, a nuestros pacientes y sus doctores. Como forma de cortesía se le envía al doctor de referencia las placas con el reporte. Estas placas se mantienen en la oficina del doctor de referencia y pueden ser asadas directamente por el paciente.

De ves en cuado el paciente puede pedir placas ó reportes adicionales para sus archivos ó para adquirir una segunda opinión. Los reportes se pueden enviar por facsímile a doctores adicionales cuando usted lo disponga sin costo alguno a nuestros pacientes. Si las placas originales no se pueden adquirir de la oficina del doctor de referencia, Columbia Kreitchman PET Center puede reproducir estas imágenes. Como forma de cubrir nuestros costos administrativos, el costo de estas imágenes es \$35 si son recogidas de nuestro centro y \$42 por imágenes que sean enviadas vía Federal Express.

Por favor de usar el formulario siguiente para pedir duplicado de imágenes. Si usted tiene alguna pregunta sobre este formulario ó nuestras facturas, por favor de comunicarse al (212) 923-1555.

---

## **POR FAVOR DE ENVIAR COPIAS DE MI EXPLORACIÓN PET y PET/CT A LAS SIGUIENTES LINEAS:**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de la Exploración: \_\_\_\_\_ Cantidad de duplicados: \_\_\_\_\_

- Yo recogeré las imágenes de Columbia Kreitchman PET Center (costo \$35)  
(Columbia Presbyterian Medical Center, edificio Milstein Hospital, 177 Fort Washington Ave., (Escritorio de Recepción)

Yo recogeré las imágenes el día: \_\_\_\_\_

- Por favor de enviar las imágenes vía Federal Express (costo \$42) a:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Numero de Teléfono: (        ) \_\_\_\_\_

Por favor de seleccionar forma de pago preferida:

En efectivo     Cheque

Visa     Mastercard     American Express

Numero de tarjeta: \_\_\_\_\_ Fecha de expiración: \_\_\_\_\_

Nombre que aparece en la tarjeta (favor de usar letra de molde) \_\_\_\_\_

*Yo autorizo los cargos a la tarjeta anterior*

Firma del apropiado de la tarjeta: \_\_\_\_\_