

PROOF OF CD / COMPROBANTE DE CD

Name / Nombre: _____

Date of birth / fecha de nacimiento: _____

Date of exam / Fecha de examen: _____

Exam/ Examen: **MRI OR XRAYs**

Referring doctor / Doctor de referencia: _____

- I acknowledge I was given a CD with the images at the end of **ALL** my studies. I will be charged a \$30 fee for any additional copies or if I lose the CD.
- Yo reconozco que me entregaron un CD con las imágenes al final de **todos** mis estudios. Se me cobrará \$30 por copias adicionales o si lo pierdo.

Patient Signature: _____

Date: _____