



14575 VALENCIA AVE, FONTANA, CA 92335 • (833) 813-2111 • documents@inlandmri.com

**PROOF OF CD FORM / 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 charges a \$30 fee for any additional copies or if I lose the CD.
- Yo reconso que me entregaron un CD con las imágenes al final de todos mis estudios. Se me cobrara \$30 por copias adicionales o si lo pierdo.

**Patient Signature:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_