Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): ____/____/_____

Número de identificación del paciente: _____

Phoenix
Heart | Vein | Vascular

Consentimiento para la Divulgación de Información

Por la presente autorizo a Phoenix Heart, PLLC, a su personal médico, empleados y representantes a **DIVULGAR o SOLICITAR (marque con un círculo una opción)** mi información médica protegida a la siguiente persona o entidad, o de ella:

Este formulario es solicitado por: Centro/proveedor o paciente (marque con un círculo una opción)

Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____ Teléfono: _____ Fax (solo consultorios médicos): _____

Enviar por (elija una opción):
_____ Correo postal
_____ Recoger en la oficina de _____ (se requiere identificación)
_____ Fax/Correo electrónico seguro (esta opción solo está disponible para ciertos proveedores)

Favor de enviar:
_____ Todos los expedientes
_____ Solo el/los siguiente(s) documento(s) específico(s) (indique cuáles): _____

Para las siguientes fechas de servicio: desde (MM/DD/AAAA): ____/____/_____ hasta ____/____/_____

Propósito de la divulgación (marque todos los que correspondan):
_____ Tratamiento/Coordinación de la atención
_____ Establecerme con un nuevo proveedor
_____ Otro (especifique): _____

Autorizo de manera expresa y voluntaria la divulgación del expediente médico indicado arriba para los fines señalados. Esta autorización no vencerá, salvo que sea revocada por el paciente, su tutor legal, su apoderado (poder notarial) o su representante de atención médica. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi solicitud escrita al Departamento de Expedientes Médicos. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada en virtud de esta autorización. Entiendo que las partes que reciban estos expedientes no podrán divulgar la información médica a otras personas, a menos que obtengan de mí otra autorización, o que dicha divulgación sea exigida o permitida específicamente por la ley. Una copia de esta autorización podrá utilizarse con la misma validez que el original. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Firma del paciente/tutor/apoderado _____

Nombre en letra de molde _____ Fecha ____/____/_____

Relación con el paciente (si corresponde) _____

PHONE: (602) 298-7777
FAX: (623) 930-6060
MEDICALRECORDS@PHOENIXHEART.COM