



Two Institutes • One mission

Autorización Para Recibir/Divulgar Información de Salud

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número De Teléfono: _____ Número de Celular: _____

Correo Electrónico _____

Elija una opción: (por favor complete uno o el otro)

Por la presente autorizo a East Valley Heart a SOLICITAR registros médicos de:

Por la presente autorizo a East Valley Heart a DIVULGAR registros médicos de:

Del Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número De Teléfono: _____ Número De Fax: _____

Registros Necesarios Para:

Cita Médica en: _____ Copia Personal: _____ Otro Motivo: _____

Lista Específica de Registros Médicos

Solicitados: _____

Por la presente, los libero a usted, a sus médicos y a sus empleados de toda responsabilidad por cumplir con la solicitud de autorización para la divulgación de información médica. Este consentimiento se mantendrá en vigor a menos que sea revocado por consentimiento por escrito después de la fecha firmada a continuación. He dado mi consentimiento libremente, voluntariamente y sin coerción. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento siempre que notifique por escrito a East Valley Heart al respecto. Entiendo que cualquier divulgación que no se haya realizado antes de mi revocación de conformidad con esta autorización constituirá una violación de mis derechos a la confidencialidad. Entiendo que una fotocopia o facsímil de esta autorización se considera aceptable en lugar del original. El tratamiento no estará condicionado a mi provisión de esta autorización a menos que la provisión de atención médica sea únicamente con el propósito de crear información de salud protegida para su divulgación a un tercero.

INFORMACIÓN IMPORTANTE/ AVISOS PARA EL DESTINATARIO:

Se solicitan las fotocopias adjuntas de los registros médicos de su parte, de acuerdo con la autorización y solicitud del paciente especificado arriba en este consentimiento presentado a East Valley Heart.

Envíe el formulario completo por correo electrónico a MR@swcva.com.

Para más preguntas, llame al 480-945-4343, opción 1.

ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETAMENTE COMPLETADO PARA SER PROCESADO. POR FAVOR, PERMITA DE 7 A 10 DÍAS HÁBILES.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

FIRMA DEL PADRE/TUTOR/APODERADO: _____ FECHA: _____