

Por la presente autorizo:

- | | | | | |
|--|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Srividya Ariyan, M.D. | <input type="checkbox"/> Michael Lepire, M.D. | <input type="checkbox"/> Debra Mescher, PA-C | <input type="checkbox"/> Susan Orsich, F.N.P. | <input type="checkbox"/> Catherine Spire, F.N.P. |
| <input type="checkbox"/> G. Jerry Arpino, D.O. | <input type="checkbox"/> Mohammad Madantschi, M.D. | <input type="checkbox"/> Ali Mojaverian, M.D. | <input type="checkbox"/> Jose Pierrend, M.D. | <input type="checkbox"/> Lavanya Varma, M.D. |
| <input type="checkbox"/> Edward Au, D.P.M. | <input type="checkbox"/> Mahmoud Mahafzah, M.D. | <input type="checkbox"/> Robert Orr, D.O. | <input type="checkbox"/> Katarzyna Smith, P.A | <input type="checkbox"/> Abdullah Yonan, M.D. |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | | |

Para **MANDAR** expediente médico de: Para **RECIBIR** expedientes médicos de:
Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono: _____

Mandar/Recibir a: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Propósito de la solicitud: Personal Tratamiento Legal Seguro Transferencia / Razón Otro

Me gustaría que mis expedientes se envíen en el siguiente formato: Correo Fax

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Notas de la oficina | <input type="checkbox"/> diagnóstico por imagen | <input type="checkbox"/> Pruebas de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> EKG's | <input type="checkbox"/> De tal fecha: _____ a _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

_____ Si el paciente tiene sus iniciales en esta línea, esta es una autorización válida para los registros que incluyen, entre otros: impedimentos psicológicos, psiquiátricos u otros impedimentos mentales (excluye "notas de psicoterapia" como se define en 45 CFR 164.501), abuso de drogas, alcoholismo u otro abuso de sustancias, anemia drepanocítica y registros que pueden indicar la presencia de una enfermedad transmisible o venérea que puede incluir, pero no se limita a, enfermedades como hepatitis, sífilis, gonorrea y pruebas o resultados de VIH / SIDA.

_____ También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, con algunas excepciones. Para obtener más información sobre cuándo puedo revocar esta autorización, puedo leer: Aviso de prácticas de privacidad de Phoenix Medical Group. Para revocar mi autorización, debo enviar una solicitud por escrito a Phoenix Medical Group.

_____ Entiendo los asuntos discutidos en este formulario. Libero al proveedor, sus empleados, funcionarios y directores, miembros del personal médico y socios comerciales de cualquier responsabilidad legal o responsabilidad por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en este documento.

Firma del paciente o firma del representante legal (relación)

Fecha