

Por la presente autorizo:

- Robert Orr, D.O.                       Abdullah Yonan, M.D.  
 Shannon Steiner, DNP.               Melissa Ries, DPM  
 Melissa Lockett, NP-C

Otro: \_\_\_\_\_

Para **MANDAR** expediente médico de:     Para **RECIBIR** expediente médicos de:    Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

*Mandar/Recibir a:* \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

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

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

- Notas de la oficina               diagnóstico por imagen                                       Pruebas de laboratorio  
 EKG's                               De tal fecha: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_                               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