

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