



6116 E Arbor Ave Bldg 3, Ste 112, Mesa, AZ 85206
2730 S Val Vista Dr. Bldg 8N, Ste 140, Gilbert, AZ 85295
2979 W Elliot Rd. Bldg 5, Ste 112, Chandler, AZ 85224
37100 N Gantzel Rd, Ste 202, Queen Creek, AZ 85140
Tel (480) 641-5400 Fax (480) 218-4353

Divulgación de información (ROI) Cónyuge / Pareja / Miembro Familiar

Esta autorización concede permiso a la persona nombrada abajo: hacer o confirmar citas; tienen acceso a radiología, laboratorio y resultados de la prueba; tener acceso a comunicación telefónica y mensajes de contestador, así como otro medio común de comunicación; recogida de medicamentos; tomar conciencia de mis planes de diagnóstico, pronóstico y tratamiento; y tener acceso a mi información de salud financiera.

Nombre de Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ MRN # (uso exclusivo del personal) _____

Persona Autorizada: _____

Relación con el paciente: _____ Teléfono: _____

Persona Autorizada: _____

Relación con el Paciente: _____ Teléfono: _____

Persona Autorizada: _____

Relación con el paciente: _____ Teléfono: _____

Doy mi permiso para que CVAM deje mensajes en mi correo de voz y / o contestador automático..

No doy mi permiso para que CVAM deje mensajes en mi correo de voz y / o contestador automático.

Por la presente autorizo CardioVascular Associates of Mesa, PC para usar y divulgar mi información de salud identificable individualmente como se describe anteriormente. Entiendo que esta autorización es voluntaria. Entiendo que una vez que esta información se divulgue a la parte nombrada anteriormente, la información divulgada ya no estará protegida por las regulaciones federales de privacidad.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a CardioVascular Associates of Mesa, PC; sin embargo, si revoco la autorización, no tendrá ningún efecto sobre las acciones tomadas por CardioVascular Associates of Mesa, PC antes de que reciban la revocación.

Entiendo que mi tratamiento no puede estar condicionado a la firma de esta autorización.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____