

Solicitud Para Forma de Discapacidad/FMLA



4100 N Mulberry Dr. Suite 300
Kansas City, MO 64116
816-437-9134

Escaneado/Enviado por Fax: _____
(Iniciales)

Fecha: _____

Nos complace ayudarlo a completar su Formulario de Discapacidad/FMLA. Por favor tenga en cuenta que este proceso puede tardar 10 días hábiles. En adición también hay un costo por el procesamiento de estos formularios dependiendo el tipo.

Nosotros comprendemos que usted tenga un tiempo limitado o que tenga alguna urgencia para obtener sus formularios; estos formularios son procesados en la orden que son recibidos sin ninguna excepción. Si usted requiere una copia personal, favor de contactar a **Coastal Cardiology** directamente.

Por ley, es necesario que usted nos proporcione una autorización firmada dándonos permiso para revelar su información. Completando el siguiente formulario usted está dando autorización para revelar su información de salud privada.

***Indica Campo Requerido**

***Nombre del Paciente** (*Nombre, Inicial, Apellido*): _____

***Fecha de Nacimiento:** _____ ***Teléfono de Día:** _____

Se Puede Dejar Mensaje Detallado? Si No **Correo Electrónico:** _____

Formulario de Discapacidad (\$25)

Formulario de FMLA (\$25)

Fecha de Inicio de los Síntomas: _____ **Primer Dia Incapaz de Trabajar:** _____

Duración de esperada Ausencia: _____

***Nombre de Compañía o Empleador:**

Complete copias adicionales
para cada formulario
solicitado.

Nombre: _____

Dirección: _____

Fax: _____

*****Adjuntar este formulario al documento para ser completado para la determinación de discapacidad**

Yo autorizo **Coastal Cardiology** para proveer su cuadro medico, notas del medico, radiografías, notas operativas, reportes de laboratorio y medicamentos, y cualquier otra información medica sobre mi, incluyendo historia medica, diagnósticos, pruebas, resultados de pruebas, pronostico y tratamiento de condición física o mental, incluyendo: cualquier desorden del sistema inmune, incluyendo información relacionada con enfermedades transmitidas sexualmente, el síndrome de inmuno deficiencia adquirido (SIDA) o el virus humano de inmuno deficiencia (VHID) o otros síndromes o complejos; cualquier enfermedad transmisible o trastorno; cualquier condición psiquiátrica o psicológica, incluyendo resultados de prueba; cualquier condición, tratamiento, o terapia relacionada con el abuso de sustancias incluyendo el alcohol y drogas; y cualquier información no medica solicitada sobre mi, incluyendo cosas como educación, historia de empleo, ganancias o finanzas, discusiones sobre alojamiento al regreso de trabajo o evaluaciones y elegibilidad para otros beneficios o periodos de ausencia incluyendo pero no limitado a estado de reclamo, cantidades de beneficio, pagos, términos de liquidación, fechas de efectivo, contribuciones al plan o programa.

Reconozco que yo soy el responsable del costo por el procesamiento de formulario antes de ser procesado.

Firma: _____
firma del paciente o representante autorizado

Últimos 4 dígitos de su SS# _____

Autorización Firmada en archivo

Yo apruebo el procesamiento del Formulario

Solicitud denegada debido a información insuficiente

Firma de Medico/Designado

Solicitud denegada debido al alcance de la atención del paciente. Por favor, póngase en contacto con su proveedor de atención primaria.