

Instrucciones: Cualquier lugar que tenga archivos necesitara resivir una forma completa firmada de liberacion de registros medicos. Por favor complete este documento y llene todo lo indicado y mande este documento a cada lugar que usted fue atendido. Usted tambien puede completar este documento y regresarlo a Coastal Cardiology y nosotros los mandamos por usted.

Para: _____

Yo tengo una cita en Coastal Cardiology el día _____ que requiere archivos médicos. Por favor mande los siguientes archivos en una manera oportuna:

- Archivos de Cardiología Recientes Laboratorios
 Hospitalizaciones Otros registros relevantes para la consulta cardíaca

**Mandar a: Coastal Cardiology Attn: Medical Records
1941 Johnson Ave Ste 101 San Luis Obispo, CA 93401 O FAX 805/782-8859**

Mi información es

- Nombre: _____
- Fecha de Nacimiento: _____ Número de cuenta (opcional) _____
- Número de Teléfono: _____

Yo entiendo que esta información puede ser compartida en papel o en forma electrónica, puede incluir documentación de abuso de alcohol, enfermedades psiquiátricas, abuso de drogas o enfermedades transmisibles (marque aquí para solicitar la exclusión de toda la información confidencial). Esta autorización se vence un año después de que es firmado, una copia de esta autorización es válida como la original y yo tengo el derecho de pedir una copia de este documento.

➡ **Firma:** _____ **Fecha:** _____

➡ **Si usted no es el paciente, se requiere documentación de la firma autorizada.**

Escriba su nombre _____ **e indicar su relación:** Padre/Guardián

Beneficiario/Representante/Conservador Otro: _____