

Solicitud de formularios y cartas



Collected By \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ 4100 N Mulberry Dr. Suite 300 Kansas City, MO 64116 816-437-9134

Nos complace ayudarlo a completar sus formularios. 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 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) [ ] Otros: DMV, FAA (\$25)

Fecha de Inicio de los Síntomas \_\_\_\_\_ Primer Día Incapaz de Trabajar \_\_\_\_\_ Duración de esperada Ausencia \_\_\_\_\_

Breve descripción de lo que solicita y por qué es necesario (continúe en la parte posterior, si es necesario) \_\_\_\_\_

Complete copias adicionales para cada formulario solicitado.

¿Quién necesita esta forma? \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

\*Adjuntar este formulario al documento para ser completado.

Yo autorizo Coastal Cardiology para proveer su cuadro médico, notas del médico, radiografías, notas operativas, reportes de laboratorio y medicamentos, y cualquier otra información médica sobre mí, incluyendo historia médica, 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 mí, 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: \_\_\_\_\_ Últimos 4 dígitos del SS# del paciente \_\_\_\_\_ Firma del paciente o representante autorizado

[ ] Acepto los términos y condiciones y que la información es precisa y verifico mi identidad a través de esta firma.

- [ ] Autorización Firmada en archivo [ ] Yo apruebo el procesamiento del Formulario

Firma de Medico/Designado