

Solicitud de formularios y cartas



Collected By _____ Date _____

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.

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, pronóstico 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