



Coastal Cardiology, P.A.

1033 St. Andrews Blvd. • Charleston, SC 29407 • (843) 723-6111
Mount Pleasant • Carnes Crossroads • Moncks Corner

Autorización para revelar u obtener información médica protegida

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad, estado, código postal: _____

N.º de Seguro Social: _____ N.º de teléfono: _____

Opción #1

AUTORIZO A COASTAL CARDIOLOGY A **OBTENER** MIS EXPEDIENTES MÉDICOS DE:

Médico: _____ Teléfono del consultorio: _____

Dirección del consultorio: _____ Ciudad, estado, código postal: _____

N.º de fax del consultorio: _____

Opción #2

AUTORIZO A COASTAL CARDIOLOGY A **REVELAR** MIS EXPEDIENTES MÉDICOS A:

Médico: _____ Teléfono del consultorio: _____

Dirección del consultorio: _____ Ciudad, estado, código postal: _____

N.º de fax del consultorio: _____

A MENOS QUE SE INDIQUE ABAJO, TODOS LOS EXPEDIENTES MÉDICOS SE REVELARÁN AL MÉDICO INDICADO ARRIBA. ESTO INCLUIRÁ ANÁLISIS DE LABORATORIO, NOTAS DEL CONSULTORIO, PROCEDIMIENTOS DEL CONSULTORIO O PRUEBAS HECHAS EN EL ENTORNO DEL CONSULTORIO.

Fechas de tratamiento desde el _____ hasta el _____

Los expedientes se pueden enviar por fax al (843) 727-2973

**Los expedientes se pueden enviar por correo a Coastal Cardiology, PA. 1033 St. Andrews Boulevard.
Charleston, SC, 29407.**

Entiendo que mi expediente puede tener información sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o sobre la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), sobre atención psiquiátrica, evaluaciones psicológicas, servicios de salud conductual o mental, enfermedades de transmisión sexual, abuso de alcohol o drogas y que esta información se revelará. _____ **(Firme con sus iniciales)**

Entiendo que cualquier revelación de información podría causar que se vuelva a revelar y que la información debe estar por escrito y que la revocación de esta revelación no se aplicará a la información ya basada en esta información. La revocación debe ser por escrito. _____ **(Firme con sus iniciales)**

Esta autorización vencerá 12 meses después de la fecha de la firma, a menos que se especifique una fecha anterior aquí: _____. _____ **(Firme con sus iniciales)**

Entiendo que habrá un cargo por la revelación de información y que, en determinadas circunstancias, Coastal Cardiology contrata a un proveedor externo de expedientes médicos. En caso de que su solicitud sea procesada por este proveedor, se le facturará directamente antes de la revelación. _____ **(Firme con sus iniciales)**

Firma del paciente o del representante legal: _____

Escriba su nombre en letra de molde: _____

Fecha de la firma: _____

Solo para uso del consultorio:

Solicitud recibida por: _____ **Fecha:** _____

Ficha del paciente n.º: _____

Cantidad adeudada: _____