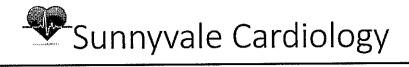
| • • | |
|---|-------------------------------------|
| Fecha de Nacimiento: | Número de Suguro Social: |
| Dirección: | |
| Ciudad, Estado y Codigo Postal: | |
| Teléfono: | Celular: |
| | |
| Información Adicional | |
| Correo Electrónico: | |
| Contacto de Emergencia: | |
| Parentezco: | Teléfono: |
| | |
| Nombre y Telefono de su Farmacia: | |
| | |
| | |
| Nombre de su Aseguranza: | |
| | |
| Doctor Primario: | |
| | |
| FAVOR DE COMPLETAR TODA LA INF SERVICIO. | ORMATION, PARA PODER DARLE UN MEJOR |
| SENVICIO. | |

GRACIAS.



AUTHORIZATION TO RELEASE HEALTHCARE INFORMATION

| PATIENTS NAME: | | |
|---|-------------------------------------|--|
| DATE OF BIRTH: | _SOCIAL SECURITY #: | |
| | | |
| I AUTHORIZE AND REQUEST: | 3 | |
| PHONE NUMBER: | FAX NUMBER: | |
| TO RELEASE MY PROTECTED HEALTH | ICARE INFORMATION TO: | |
| SUNNYVALE CARDIOLOGY | | |
| 182 S. COLLINS ROAD SUITE 800 | | |
| SUNNYVALE, TEXAS 75182 | | |
| PHONE NUMBER: 214-206-3695 / FAX NUMBER: 866-313-9413 | | |
| | | |
| | T APPLIES TO HEALTHCARE INFORMATION | |
| RELATING TO THE FOLLOWING TREA | TMENT, CONDITION, OR DATES: | |
| | | |
| | | |
| | | |
| PATIENT SIGNATURE: | DATE: | |



Responsabilidad Financiera

| /o | Entiendo que la oficina de Sunnyvale |
|--|---|
| cortesia hacia sus pacientes. A seguros) tengo la responsabilid prestados. Habra una tarifa de consultorio / pruebas estandar las pruebas nucleares. Requer asistir a su cita. Al firmar este | nza y las asignacion de beneficios como una demas entiendo que yo (no la compania de lad principal del pago total de los servicios \$40 por no presentarse para las visitas al y una tarifa de \$250 por no presentarse para todas imos que de un aviso de 24/48 horas si no puede documento, acepto y estoy de acuerdo en cumplir on su oficina por todas las denegaciones / servicios |
| Paciente (Responsable) | Fecha |



PRIVACIDAD DE HIPAA Y LIBERACION DE LA AUTORIZACION DE INFORMACION GRUPO CARDIOVASCULAR DE SUNNYVALE

Autorizo a Sunnyvale Cardiovascular Group y sus afiliadas, sus empleados y agentes a utilizer y divulger informacion medica protegida (por ejemplo, informacion relacionada con el diagnóstico tratamiento, pago de reclamaciones y servicios de atencion medica provistos o que se proporcionaran para mi y que identifica mi nombre, direccion, número de seguro social, numero de identificacion de miembro) con el proposito de ayudarme a resolver problemas de reclamaciones y cobertura de beneficios de salud.

Entiendo que cualquier informacion de salud personal u otra inforamcion divulgada a la organización de la persona identificada anteriormente puede estar sujeta a una nueva divulgacion por parte de dicha persona / organizacion y puede que ya no este protegida por las leyes de privacidad federales y estatales aplicables. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorizacion mediante notificación por escrito. Sin embargo, esta autorizacion no puede ser revocada si sus empleados o agentes han actuado en esta autorizacion antes de recibir mi notificacion por escrito. Entiendo que tengo una copia de esta autorizacion.

Entiendo que la informacion utilizada o divulgada de conformidad con esta autorizacion puede ser divulgada por el destinatario y puede que ya no este protegida por la ley federal o estatal.

Ademas, entiendo que esta autorizacion es voluntaria y que puedo negarme a firmar esta autorizacion. Mi negativa a firmar no afectara mi elegibilidad para los beneficios, la inscripcion o el pago o la cobertura de los servicios.

Se me informo acerca de las practicas de privacidad de esta practica, la politica de Liberación de information de facturacion, la politica de Asignación de beneficios y la practica de la Autoridad de historial de medicamentos.

Si corresponde, los representantes legales firman a continuación:

Al firmar este formulario, declaro que soy el representante legal del miembro identificado anteriormente y presentare una prueba escrita (por ejemplo, poder notarial, testament en vida, documentos de tutela, etc.) de que estoy legalmente autorizado para actuar en nombre del miembro. Con respect a este formulario de autorizacion.

| , | | |
|----------------------|--------|--|
| Nombre del Paciente: | Fecha: | |
| Firma del Paciente: | | |



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

| Autorizo a Sunnyvale Cardiology a usar o div destinatarios que he identificado a continua | _ | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Nombre: Nombre: | | | | | | | | | | |
| | | | | | nformación a divulgar: Autorizo la divulgación de la siguiente información de alud | | | | | |
| | | | | | Toda mi información de salud, incluida la información relacionada con cualquier historial médico, condición mental o física y cualquier tratamiento recibido por Sunnyvale Cardiology. | | | | | |
| Solo se pueden divulgar los siguientes | registros o información de salud: | | | | | | | | | |
| Entiendo que en cualquier momento tengo autorización proporcionando un aviso por e Cardiology. | | | | | | | | | | |
| Fecha de firma del paciente | Fecha | | | | | | | | | |