



MEMORIAL KATY
CARDIOLOGY ASSOCIATES

Memorial City
10496 Katy Freeway
Suite 130
Houston, Texas 77043

Katy
1331 W. Grand Pkwy. N.
Suite 130
Katy, Texas 77493

Methodist West
18400 Katy Freeway
Suite 600
MOB #1
Houston, Texas 77094

Cypress
25282 Northwest Frwy.
Suite 250
Cypress, Texas 77429

Teléfono: (281) 392-3401 | Fax: (281) 392-7814 | www.mc-cardiology.com

AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____

HACIA / DESDE

MÉDICO / CENTRO: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: (_____) _____ - _____

NÚMERO DE FAX: (_____) _____ - _____

Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con el ABUSO DE DROGAS, ALCOHOL Y SUSTANCIAS, INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL, INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH / SIDA e INFORMACIÓN GENÉTICA. En el caso de que la información de salud descrita anteriormente incluya cualquiera de estos tipos de información, autorizo la divulgación de dicha información a la persona o entidad indicada en este documento.

INFORMACIÓN QUE SE DARÁ A CONOCER

(haga clic para seleccionar las casillas)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Físico | <input type="checkbox"/> Notas de progreso | <input type="checkbox"/> Informes Operativos |
| <input type="checkbox"/> Consultas | <input type="checkbox"/> Resúmenes de alta | <input type="checkbox"/> Reporte de Catéteres cardíacos |
| <input type="checkbox"/> Cintas de Correr | <input type="checkbox"/> EKGs / ECGs | <input type="checkbox"/> Monitores de eventos Holter |
| <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio | <input type="checkbox"/> Radiografías de tórax | <input type="checkbox"/> Otros informes de radiología |
| <input type="checkbox"/> Ecocardiogramas | <input type="checkbox"/> Informes de estrés nuclear | <input type="checkbox"/> Informes vasculares |

OTROS (especifique): _____

He leído este formulario y acepto los usos y la divulgación de la información como se describe.

Nombre del paciente/Representante Legal

Fecha

Firma

- | | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| George Mammen, M.D., F.A.C.C. | Rajen Mehta, M.D., F.A.C.C. | Anil Odhav, M.D., F.A.C.C. | James Feldman, M.D., F.A.C.C. |
| John Sunew, M.D., F.A.C.C., F.S.C.A.I | Amir Kashani, M.D., M.S., F.A.C.C. | Selim Sekili, M.D., F.A.C.C. | Tariq Dayah, M.D., M.P.H., F.A.C.C. |