



CARDIOLOGY ASSOCIATES

MEDICAL GROUP, INC.

Jeffrey C. Brackett, M.D., F.A.C.C.
Alon A. Steinberg, M.D., F.A.C.C.
Shaun T. Patel, M.D., F.A.C.C.
Omid Fatemi, M.D., F.A.C.C.

Jonathan W. Dukes, M.D., F.A.C.C.
Craig S. Mansour, M.D., F.A.C.C.
Robert Sogomonian, M.D., F.A.C.C.
Matthew Hakimi, M.D.

Brian Martinez, PA-C
Julie Morantz, PA-C
Savannah Harris, ACNP-C
Dane Petersen, AGPCNP-BC

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ ESTADO CIVIL: _____ SEXO: M / F

NÚMERO DE TELÉFONO: _____ TELÉFONO CELULAR: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ # LICENCIA DE CONDUCIR: _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____

EMPLEADOR: _____ NÚMERO DE TRABAJO: _____

EMPLEADOR DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

NOMBRE DE ESPOSO/ESPOSA: _____ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____

MÉDICO DE REFERENCIA: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____

MÉDICO PRIMARIO: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____

MOTIVO DE LA CONSULTA DE HOY: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

***FAVOR DE LLENAR COMPLETAMENTE PARA QUE SU SEGURO PUEDA SER FACTURADO SIN DEMORA**

***LE PREGUNTAS EN LA PROVISIÓN DE UNA COPIA DE TODAS LAS TARJETAS DE SEGUROS EN CADA VISITA**

SEGURO PRIMARIO: _____ SEGURO SECUNDARIA: _____

NOMBRE DEL TITULAR DE LA POLIZA: _____ NOMBRE DEL TITULAR DE LA POLIZA: _____

SEGURO DEL TITULAR DE LA POLIZA: _____ SEGURO DEL TITULAR DE LA POLIZA: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

NÚMERO DE PÓLIZA: _____ NÚMERO DE PÓLIZA: _____

NÚMERO DE GRUPO: _____ NÚMERO DE GRUPO: _____



CARDIOLOGY ASSOCIATES

MEDICAL GROUP, INC.

Jeffrey C. Brackett, M.D., F.A.C.C.
Alon A. Steinberg, M.D., F.A.C.C.
Shaun T. Patel, M.D., F.A.C.C.
Omid Fatemi, M.D., F.A.C.C.

Jonathan W. Dukes, M.D., F.A.C.C.
Craig S. Mansour, M.D., F.A.C.C.
Robert Sogomonian, M.D., F.A.C.C.
Matthew Hakimi, M.D.

Brian Martinez, PA-C
Julie Morantz, PA-C
Savannah Harris, ACNP-C
Dane Petersen, AGPCNP-BC

AUTHORIZATION TO RELEASE MEDICAL INFORMATION TO INDIVIDUALS/FAMILY MEMBERS

In accordance with Federal government privacy rules implemented through the Healthcare Portability Act of 1996 (HIPPA), in order for your physician or staff of Cardiology Associates Medical Group, Inc. to discuss your condition with members of your family or other individuals that you designate, we must obtain your authorization prior to doing so. In the event of a critical episode or if you are unable to give your authorization due to the severity of your medical condition, the law stipulates that these rules may be waived.

_____ **I do not** authorize Cardiology Associates Medical Group, Inc. to release any or all information concerning my medical care to any individual except as set forth above.

_____ **I authorize** Cardiology Associates Medical Group, Inc. to verbally release any and all information concerning my medical care to the following individuals.

Name / Nombre

Name / Nombre

Name / Nombre

Name / Nombre

Name / Nombre

Patient Signature / Firma de Paciente

_____ **I authorize** Cardiology Associates Medical Group, Inc. to leave messages regarding my medical care of appointments on my answering machine.

AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR LOS REGISTROS MEDICOS A LAS PERSONAS / MIEMBROS DE LA FAMILIA.

De acuerdo con las reglas del gobierno federal de privacidad implementadas a través de la Ley De Salud Protability de 1996 (HIPAA), a fin de que su médico o al personal de Cardiology Associates Medical Group, Inc. para discutir su condición con los miembros de su familia u otras personas que usted designe, debemos obtener su autorización antes de hacerlo. En el caso de un episodio crítico o si está incapacitado para dar su autorización debido a la gravedad de su estado de salud, la ley establece que estas reglas se puede renunciar.

_____ **No autorizo** Cardiology Associates Medical Group, Inc. a dar cualquier información sobre mi cuidado médica a cualquier persona, excepto según lo establecido anteriormente.

_____ **Yo autorizo** Cardiology Associates Medical Group, Inc. para liberar verbalmente cualquier tipo de información con respecto a mi atención médica a las siguientes personas.

Relationship to Patient / Relación con el Paciente

Relationship to Patient / Relación con el Paciente

Relationship to Patient / Relación con el Paciente

Relationship to Patient / Relación con el Paciente

Relationship to Patient / Relación con el Paciente

Date / Fecha

_____ **Yo autorizo** Cardiology Associates Mecial Group, para dejar mensajes con respecto a mi atención médica en el contestador automático.



**AUTHORIZATION TO OBTAIN OR
RELEASE MEDICAL RECORDS
FROM MEDICAL PROVIDERS**

I hereby authorize Cardiology Associates Medical Group, Inc. to obtain any and all medical records concerning my care for any physician, hospital, or other health care professional that has provided medical care to me in the past.

I also authorize Cardiology Associates Medical Group, Inc. to release any and all medical records concerning my care to any physician, hospital or other health care professional providing care to me at any time. Additionally, I authorize Cardiology Associates Medical Group, Inc. to release any and all medical records concerning my care to Medicare, Medical, any insurance company, third party administrator, or managed care company.

**AUTORIZACIÓN PARA OBTENER O
LIVERAR LOS REGISTROS
MÉDICOS DE LOS PREVEEDRO
FORMAN PROVEEDORES DE
SERVICIOS MÉDICOS**

Por la presente autorizo Cardiology Associates Medical Group, Inc. para obtener cualquier y todos los expedientes médicos con respecto a mi cuidado por cualquier médico, hospital u otro profesional de salud que ha proporcionado atención médica a mí en el pasado.

También autorizo Cardiology Associates Medical Group, Inc. que libere a todos y todos los expedientes médicos con respecto a mi cuidado a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención de servicios profesionales que ofrecen a mí en cualquier momento. Además, autorizo a Cardiology Associates Medical Group, Inc. que libere a todos y todos los expedientes médicos con respecto a mi cuidado a Medicare, Medical, una compañía de seguros, administrador de terceros, o compañía de cuidado administrado.

Patient Signature / Firma de Paciente

Date / Fecha

Printed Name / Nombre de Paciente

Date of Birth / Fecha de Nacimiento



CARDIOLOGY ASSOCIATES

MEDICAL GROUP, INC.

Jeffrey C. Brackett, M.D., F.A.C.C.
Alon A. Steinberg, M.D., F.A.C.C.
Shaun T. Patel, M.D., F.A.C.C.
Omid Fatemi, M.D., F.A.C.C.

Jonathan W. Dukes, M.D., F.A.C.C.
Craig S. Mansour, M.D., F.A.C.C.
Robert Sogomonian, M.D., F.A.C.C.
Matthew Hakimi, M.D.

Brian Martinez, PA-C
Julie Morantz, PA-C
Savannah Harris, ACNP-C
Dane Petersen, AGPCNP-BC

NOMBRE: _____

FECHA DE HOY: _____

PORFAVOR, INICIALES EN LAS DECLARACIONES SIGUIENTES

_____ **PRIVACIADA DE HIPAA AVISO ACTO RECIBIO**

LA FIRMA DE MEDICARE EN EL ARCHIVO: Solicito Que El Pago De Los Beneficios De Medicare Autorizados Se Hagan En Mi Nombre a Cardiology Associates Medical Group Por Cualquier Servicio Proporcionado A Mi Por Los Médicos. Autorizo a Cualquier Poseedor De Información Médica Sobre Mi a Comunicar a La Administración De Financiación De La Sanidad y Sus Agentes Mi Información Para Determinar Los Beneficios Pagaderos Por Servicios Relacionados. Entiendo Que Mi Solicitud De Firma Que El Pago Sea Hecho y Autoriza La Divulgación De Información Médica Necesaria Para Pagar Las Reclamaciones.

LA DIVULGACION DE INFORMACION: Yo Autorizo A Los Asociados De Cardiología Grupo Médico Para Liberar o Para Obtener Cualquier Información Necesaria, Médica o De Otros Para Mi Atención Médica o Para Procesar Reclamaciones De Seguros.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA: Yo Entiendo Que Soy Financieramente Responsable De Los Honorarios Por Los Servicios Prestados. Yo Autorizo Al Tratamiento De Los Seguros Médicos, Ya Sea por Medio Electrónico o Manual. Mi Firma Abajo Autoriza El Pago De Todos Los Beneficios Médicos a Cardiology Associates Medical Group Por Los Servicios Amuebladas Para Mí. Reconozco Mi Obligación Financiera De Cualquier Coseguros o Deducible y Los Servicios No Cubiertos. Co-Pagos Se Vencen El Día Del Servicio.

TODOS LOS SALDOS SON DEBIDOS EN EL PLAZO DE 30 DIAS DE LA FECHA INDICADA EN SU ESTADO DE CUENTA.

FIRMA DE PACIENTA (O LA PERSONA RESPONSABLE)

FECHA
