



California Heart & Vascular Clinic
 Athar Ansari, M.D., INC. Cardiology
 790 W. Orange Ave., Ste. B
 El Centro, CA 92243

Phone: (760) 353-3222
 Fax: (760) 353-3311

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Fax: _____
 Teléfono: _____
 De: _____

Número de páginas: 1

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Querido/a: _____

Por favor, envíe la siguiente información a Athar Ansari, M.D., INC.

- Historial médico completo
- Resumen de historial
- Rayos X, estudios de laboratorio, ECG, _____
- Otros: _____

He leído atentamente y entiendo lo anterior. Doy mi consentimiento para la divulgación de la información que se especifica arriba o del historial médico de mi enfermedad o del tratamiento que he recibido por parte de las personas o agencias que se listan arriba. Autorizo al médico que me está tratando y a sus asociados a que divulguen esta información o historial a dichas personas o agencias designadas.

 Firma del paciente o tutor legal

 Fecha

Por la presente certifico que es mi opinión que lo firmado anteriormente comprende la naturaleza de esta divulgación de información o historial y que es, por lo demás, competente para dar su consentimiento.

 Testigo

 Fecha

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD: ¡IMPORTANTE! LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE FACSIMIL SOLO ESTÁ DESTINADA AL USO PERSONAL Y CONFIDENCIAL DE LOS RECEPTORES DESIGNADOS QUE SE NOMBRAN ARRIBA. ESTE MENSAJE PUEDE SER UN COMUNICADO MÉDICO/PACIENTE Y, COMO AGENTE RESPONSABLE DE HACER LA ENTREGA AL RECEPTOR AL QUE ESTÁ DIRIGIDO, LE NOTIFICAMOS QUE HA RECIBIDO ESTE DOCUMENTO POR ERROR Y QUE CUALQUIER REVISIÓN, DIFUSIÓN, DISTRIBUCIÓN O COPIA DE ESTE MENSAJE ESTÁ ESTRICTAMENTE PROHIBIDO.