**Especialistas en Cardiovasculares de Frederick**

180 Thomas Johnson Drive Suite 202 184 Thomas Johnson Drive Suite 204

Frederick, Maryland 21702 Frederick, Maryland 21702

Phone: (301) 631-6877

Fax (301) 631-5211 or (301) 631-1620

**John A. Vitarello, M.D., F.A.C.C. Edward P. Riuli, M.D., F.A.C.C. Nirmal K. Shah, M.D., F.A.C.C.**

**Aimee S. Park, M.D., F.A.C.C. Anwar K. Malik, M.D., F.A.C.C. Sumit Duggal, M.D., F.A.C.C.**

Yo**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ doy a los Especialistas en Cardiología de**

**Frederick: Dr. John A. Vitarello, Dr. Edward P. Riuli, Dr. Nirmal K. Shah, Dr. Aimee S.**

**Park, Dr. Anwar Malik, Dr. Maya Salameh, Dr. Stephen B. Williams, Sunil K. Sinha,**

**Dr. Bhavin M. Patel, D.O. permiso para discutir lo siguiente:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Diagnóstico, Pronóstico y/o Información sobre el Tratamiento**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Resultados de la Prueba**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Información de Horario**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datos de Facturación**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Otros (Por favor especifica) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Con las siguientes personas:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**También autorizo a Especialistas en Cardiología a:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dejar mensajes en mi contestador automático de la casa**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dejar mensajes en mi contestador automático de trabajo**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dejar mensajes con los miembros de mi familia o otros**

**residiendo en mi casa.**

**Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOTA: ESTA FORMA DEBE SER LLENADO PARA ASEGURAR LA**

**CONFIDENCIALIDAD DE LOS REGISTROS MÉDICOS DE NUESTROS**

**PACIENTES.**