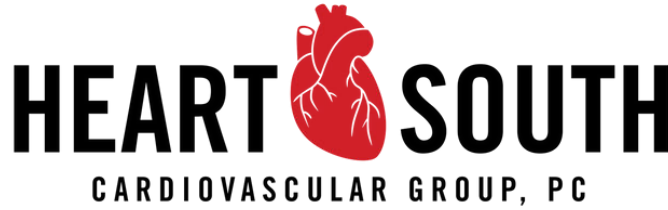


Liberacion para Registros Medicos:

1022 North First Street
Suite 500
Alabaster, AL 35007
O: 205-663-5775
F: 205-664-2049
heartsouthpc.com



John D. McBrayer, M.D., FACC
Mark L. Mullens, M.D., FACC
Clifton R. Vance, M.D.
David S. Fieno, M.D. Ph.D
Neeraj Mehta, M.D., FACC
J. Hudson Segrest, M.D.
Krishna Kishore Gaddam, M.D.
Himanshu Aggarwal, M.D.
Hosakote Nagaraj, M.D.
Nirman Bhatia, M.D., FACC
Patrick Proctor, M.D., FACC
Abilash Balmuri, M.D., FACC

Nombre del Paciente: _____ M ____ F ____

Fecha de Nacimiento: _____

Por el/la presente autorizo: _____

Telefono: _____ Fax: _____

Para liberar registros a: **Heart South Cardiovascular Group, PC. Fax: 205-739-2049**

Informacion Necesitada:

Proposito de _____ Cambio de medico _____ Consultas/ Segunda Opinion
Divulgacion: _____ Continuar cuidado _____ Escuela _____ Seguro
_____ Legal _____ Compensacion de Trabajadores

Reconocimientos:

1. Entiendo que esta autorizacion vencera 1 año después de haber firmado este formulario.
2. Entiendo que puedo revocar esta autorizacion en cualquier momento notificando a la organizacion proveedora por escrito y que entrara en vigencia en la fecha notificada, excepto en la medida en que se haya tomado una accion en base a ella.
3. Entiendo que la informacion utilizada o divulgada de conformidad con esta autorizacion puede estar sujeta a que el destinatario la vuelva a divulgar y ya no estara protegida por las normas federales de privacidad.

Al autorizar esta divulgacion de informacion, mi atencion medica y el pago de mi atencion medica no se veran afectados.

Entiendo que puedo ver y recibir una copia(s) de la informacion descrita en este formulario siempre que lo solicite y que puedo obtener una copia de este formulario despues de haberlo firmado.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____