CARDIOVASCULAR MEDICAL ASSOCIATES

8317 Davis Street Downey, CA 90241
Tel: (562) 869-1511 * Fax: **(562) 372-4322**
Kaushal Tamboli, MD FACC | Paiboon Mahaisavariya, MD FACC | Paul Yoshino, MD
Hossein Eftekhari, MD | Jocelyn Sampedro, AGNP-C

Medical Record Release Authorization

Patient Name :_____ **DOB:**_____

I hereby authorize records FROM:

Name _____

Address _____

City/State/Zip _____

Phone# _____ Fax # _____

To be released TO:

Name - Cardiovascular Medical Associates

Address- 8317 Davis Street

City/State/Zip- Downey, CA 90241

Phone# 562-869-1511

Fax report to : ○ **(562) 372-4048** ○ **(562) 372-4322 (medical records)**

Date Range _____ to _____

☐ **History & Physical / Consultation / Discharge Summary**

☐ Cardiac Diagnostic studies: other :_____

Stress Echocardiogram / Echocardiogram / Myocardial perfusion study other _____

☐ Operative/ Procedure Reports: **Coronary Angiogram / Percutaneous Coronary Intervention / Coronary Artery bypass / Valve surgery Other :**_____

☐ Radiology / X-Ray / MRI results _____

☐ Progress Notes ☐ Lab Reports Other:_____

I understand that authorizing the disclosure of this health information is voluntary. I need not sign this form in order assume treatment. I understand that any disclosure of information carries with it the potential for an authorized re-disclosure and the information may not be protected by federal confidentiality rules. If I have questions about disclosure of my health information, I can contact the authorized individual or organization making disclosure.

I understand that I have the right to revoke this authorization at anytime. I understand that if I revoke this authorization, I must do so in writing. I understand that the revocation will not apply to information that has already been released in response to this authorization. I understand that the revocation will not apply to my insurance company when the law provides my insurer with the right to contest a claim under my policy.

I have read the information provided and acknowledge I fully understand the terms and conditions of this authorization. This authorization will expire one year from the above date unless I specify an expiration date:_____

_____ _____

Patient / Representative Signature **Date**

CARDIOVASCULAR MEDICAL ASSOCIATES
8317 Davis Street Downey, CA 90241
Tel: (562) 869-1511 * Fax: **(562) 372-4322**
Kaushal Tamboli, MD FACC | Paiboon Mahaisavariya, MD FACC | Paul Yoshino, MD |
Hossein Eftekhari, MD | Jocelyn Sampedro, AGNP-C

Medical Record Release Authorization

Patient: _____ **DOB:_____**

I hereby authorize records FROM:	**To be released TO:**
Name _____	Name Cardiovascular Medical Associates
Address _____	Address 8317 Davis Street
City/State/Zip _____	City/State/Zip Downey, CA 90241
Phone# _____ Fax # _____	**Phone# 562-869-1511**

Fax report to : ○ **(562) 372-4048** ○ **(562) 372-4322 (medical records)**

Date Range _____ to _____

☐ **History & Physical / Consultation / Discharge Summary**

☐ Cardiac Diagnostic studies: **Stress Echocardiogram / Echocardiogram / Myocardial perfusion study**

Other :_____

☐ Operative/ Procedure Reports: **Coronary Angiogram / Percutaneous Coronary Intervention / Coronary Artery bypass / Valve surgery** Other :_____

☐ Radiology / X-Ray / MRI results _____

☐ Progress Notes ☐ Lab Reports Other: _____

Entiendo que autorizo la divulgación de esta información médica es voluntaria. No tengo que firmar este formulario para recibir tratamiento. Entiendo que cualquier revelación de información conlleva la oportunidad de ser re distribuida sin la protection de las leyes de confidencialidad. Si tengo preguntas acerca de la revelación de mi información de salud, puedo contactar la organización o persona autorizada de divulgar.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Yo entiendo que si quiero revocar esta autorización debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita al Departamento de Expedientes Médicos. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido lanzada en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le brinda a mi aseguradora con el derecho a impugnar una reclamación medica.

He leído la información que se proporciona en este formulario de autorización y reconosco que estoy familiarizado con y comprendo plenamente los términos y condiciones de la presente autorización.Esta autorización expira un año a partir de la fecha anterior a menos que especifique una fecha de expiracion:_____

Patient/Representative Signature : _____ Date:_____