

SEYMOUR I. HEPNER, MD, FACC
SHERIF S. TAWFIK, MD, FACC
ALAN BENHEIM, MD, FACC
SHARON S. KARR, MD, FACC
JIN H. PARK, MD, FACC
ROBERT B. ESCALERA, MD
ANNETTE K. ANSONG, MD
IRENE M. SADR, MD, FACC

8316 Arlington Blvd, Suite 610
Fairfax, Virginia 22301-5216
(703) 573-0504 Fax: (703) 573-4856

PEDIATRIC CARDIOLOGY ASSOCIATES, PC
AUTORIZACION Y VALOR DE LOS ARCHIVOS DEL PACIENTE

Fecha: _____ Persona a contactar: _____

Número de teléfono en caso que hayan preguntas: _____

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha aproximada de la última cita: _____ Archivos solicitados (seleccione abajo):

TODOS: ____ Cartas y resultados de Echocardiogramas : ____ Fechas específicas: _____

Por favor envíen por fax (703-573-8656) o por correo esta autorización a la dirección que esta arriba. Para cubrir los costos de búsqueda y fotocopiado de los archivos, nosotros hacemos un cargo el cual esta especificado más abajo. Nosotros le llamaremos para informarle el costo total antes de completar su solicitud. Por favor permitanos de 5-7 días de hábiles para procesar su solicitud dependiendo del volumen. Nosotros haremos todo lo possible para completar su solicitud en un tiempo razonable.

Los cargos por copiar los archivos médicos son:

Cargo de búsqueda y manejo	\$5.00	
Tarifa regular por la primera página	2 - 50 páginas	\$0.25/página
Mas de 51		\$0.15/página
Copia de DVD (Echo)		\$30.00/DVD
Otros formularios		\$15
Busqueda de archivos fuera de la oficina	\$15.00	- Tarifa regular por la primera página

Los costos por página son los mismos mencionados arriba (La tarifa de búsqueda y manejo de los archivos fuera de la oficina solo son cobrados cuando los archivos médicos se encuentran en almacenamiento. Nosotros solo conservamos seis años de archivos en la oficina, Asi que esto es sólo por los archivos médicos antiguos que yah an sido enviado al almacenamiento. Por favor agregue 2-3 días más de procesamiento.

Por fover conserve siempre una copia de sus archivos médicos que le mandamos con el fin de evitar algún costo adicional en el futuro. La mayoría de los doctors haran una copia de su archivos médicos y le regresaran el original cuando usted se los solicite

Nosotros le podemos enviar por correo las copias o usted pueden recogerlas en nuestra oficina de Fairfax. Si usted prefiere autorizarnos de enviar los archivos médicos a otra persona, por favor incluya la información abajo. Tan pronto recibamos el pago nosotros le enviaremos su copia de los archivos médicos. Gracias.

Firma para autorizarnos de enviar los archivos a la persona que aperce abajo _____

Sinceramente,

Enviar a: _____

Pediatric Cardiology Associates, P.C.
Depatamento de archivos médicos