

**CHOPRA UROLOGY**

**Sameer Chopra MD PLLC**  
18404 N Tatum Blvd #207  
Phoenix, AZ 85032

Phone: 602-777-3113  
Fax: 602-726-3008  
Email: info@chopraurology.com  
website: chopraurology.com

**Identificación del paciente:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac: \_\_\_\_\_  
Dirreccion: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha(s) de Servicio: \_\_\_\_\_

**Divulgación de registros médicos de SAMEER CHOPRA MD PLLC:**

Autorizo a Sameer Chopra MD PLLC a divulgar mis registros medicos como lo he indicado en **Seccion 2:**

**Revelar a:**

**Dirreccion:**

**Número de Teléfono:**

**Fax:**

**Descripción específica de la información que se divulgará (marque todas las que correspondan):**

\_\_\_\_\_ Resumen del alta, Historial y examen físico, Informes operatorios, Informes de consulta  
\_\_\_\_\_ Informes radiográficos, Patología, Pruebas de laboratorio, Notas de progreso  
\_\_\_\_\_ Solo registros pertinentes Otra (especificar) \_\_\_\_\_

**Descripción específica del propósito de la divulgación:**

\_\_\_\_\_ La divulgación es a solicitud del paciente Otra (especificar) \_\_\_\_\_

**Autorizo al proveedor a usar o divulgar información relacionada con:**

\_\_\_\_\_SIDA/VIH \_\_\_\_\_ Información sobre pruebas genéticas  
\_\_\_\_\_ Informes de atención psiquiátrica \_\_\_\_\_ Tratamiento para el abuso de alcohol y/o drogas

Entiendo que Sameer Chopra MD PLLC no me impondrá ninguna condición para firmar esta autorización. SAMEER CHOPRA MD PLLC no me negará ningún tratamiento si no deseo firmar este formulario. Puedo negarme a firmar este formulario de autorización. También entiendo que puedo revocar esta autorización, puedo leer el Aviso de Prácticas de Privacidad de SAMEER CHOPRA MD PLLC.

Para revocar mi autorización, debo presentar una solicitud por escrito a SAMEER CHOPRA MD PLLC. A menos que revoque la autorización antes, esta caducará al completarse o 180 días después de la fecha de la firma, lo que ocurra primero. Entiendo que, si esta información se divulga a un tercero, es posible que ya no esté protegida por la normativa federal de privacidad y que la persona u organización que la reciba pueda volver a divulgarla. Entiendo los asuntos tratados en este formulario. Libero al proveedor, sus empleados, funcionarios y directores, miembros del personal médico y empresas asociadas en la medida indicada y autorizada este documento.

**Tenga en cuenta que si solicita una copia de su historial médico para uso personal, se aplicará un cargo de \$30.**

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Representante Legal: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**CHOPRA UROLOGY**

**Sameer Chopra MD PLLC**  
18404 N Tatum Blvd #207  
Phoenix, AZ 85032

Phone: 602-777-3113  
Fax: 602-726-3008  
Email: info@chopraurology.com  
website: chopraurology.com

**Identificación del paciente:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac: \_\_\_\_\_

Dirreccion: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha(s) de Servicio: **Todos los registros medicos**

**Entrega de registros médicos a SAMEER CHOPRA MD PLLC:**

Yo autorizo a: \_\_\_\_\_  
para liberar mis registros medicos como lo he indicado en **Seccion 2:**

**Revelar a: SAMEER CHOPRA MD PLLC**

**Dirreccion: 18404 N. TATUM Blvd, STE #207, PHOENIX, AZ 85032**

**Número de Teléfono: 602-777-3113 Fax: 602-726-3008**

**Descripción específica de la información que se divulgará (marque todas las que correspondan):**

\_\_\_\_\_ Resumen del alta, Historial y examen físico, Informes operatorios, Informes de consulta

\_\_\_\_\_ Informes radiográficos, Patología, Pruebas de laboratorio, Notas de progreso

\_\_\_\_\_ Solo registros pertinentes Otra (especificar) \_\_\_\_\_

**Descripción específica del propósito de la divulgación:**

\_\_\_\_\_ La divulgación es a solicitud del paciente Otra (especificar) \_\_\_\_\_

**Autorizo al proveedor a usar o divulgar información relacionada con:**

\_\_\_\_\_ SIDA/VIH \_\_\_\_\_ Información sobre pruebas genéticas

\_\_\_\_\_ Informes de atención psiquiátrica \_\_\_\_\_ Tratamiento para el abuso de alcohol y/o drogas

Entiendo que Sameer Chopra MD PLLC no me impondrá ninguna condición para firmar esta autorización. SAMEER CHOPRA MD PLLC no me negará ningún tratamiento si no deseo firmar este formulario. Puedo negarme a firmar este formulario de autorización. También entiendo que puedo revocar esta autorización, puedo leer el Aviso de Prácticas de Privacidad de SAMEER CHOPRA MD PLLC.

Para revocar mi autorización, debo presentar una solicitud por escrito a SAMEER CHOPRA MD PLLC. A menos que revoque la autorización antes, esta caducará al completarse o 180 días después de la fecha de la firma, lo que ocurra primero. Entiendo que, si esta información se divulga a un tercero, es posible que ya no esté protegida por la normativa federal de privacidad y que la persona u organización que la reciba pueda volver a divulgarla. Entiendo los asuntos tratados en este formulario. Libero al proveedor, sus empleados, funcionarios y directores, miembros del personal médico y empresas asociadas en la medida indicada y autorizada este documento.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Representante Legal: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_