

C.A.I.
A Cardiovascular & Arrhythmia Institute

Autorización Para Obtener Expedientes

Para: _____

Yo Autorizo a: Cardiac Arrhythmia Institute, LLC

Copia o Resumen de:

En relación a mi enfermedad o tratamiento durante el periodo desde:

_____ Hasta _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo: _____

**** Esta Autorización se vence en 12 meses de la fecha firmada****