

Metro Vein Centers —

FORMULARIO DE REFERIDOS

**Por favor envíe el formulario completo
por fax al (855) 217-9379**

También puede referir un paciente por teléfono, llamándonos al (844) 491-5128

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR QUE REMITE

Nombre del proveedor: _____

Nombre de la práctica: _____

Dirección del consultorio: _____

Número de teléfono: _____ Fax #: _____

Aviso de confidencialidad: Información de salud confidencial adjunta

La Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) es información personal y confidencial relacionada con la atención médica de una persona. Se envía por fax con la autorización correspondiente del paciente o bajo circunstancias que no requieren dicha autorización. Usted, el destinatario, está obligado a mantenerla de forma segura y confidencial. La divulgación posterior sin el consentimiento adicional del paciente, o según lo permitido por la ley, está prohibida. La divulgación no autorizada o el incumplimiento del deber de confidencialidad podría dar lugar a las sanciones descritas en la legislación federal y estatal. ADVERTENCIA IMPORTANTE: Este mensaje está dirigido únicamente a la persona o entidad a la que se envía y puede contener información privilegiada y confidencial, cuya divulgación está regulada por la ley aplicable. Si usted no es el destinatario previsto, ni el empleado o agente responsable de entregarlo al destinatario previsto, se le notifica que cualquier divulgación, copia o distribución de esta información está estrictamente prohibida. Si ha recibido este documento por error, notifique de inmediato al remitente para coordinar la devolución o destrucción de estos documentos.