



GREENVILLE  
CARDIOVASCULAR  
ASSOCIATES

Roger J. Belbel, DO, FACC, FSCAI  
Col. Ret. USA, MC  
Ahad M. Hassan, MD, FACC, FSCAI

**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION TO  
GREENVILLE CARDIOVASCULAR ASSOCIATES  
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA  
A TEXAS CARDIAC ARRHYTHMIA**

FACILITY/DOCTOR RECORDS REQUESTED FROM:  
REGISTROS DEL ESTABLECIMIENTO/MÉDICO SOLICITADOS DE:

PATIENT NAME / NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

DATE OF BIRTH / FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

SOCIAL SECURITY / SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

I hereby authorize the release of any protected health information from my medical record which Greenville Cardiovascular Associates deems necessary for my Cardiology care. I understand the information disclosed may contain information on testing, diagnosis, and/or treatment for HIV, AIDS, sexually transmitted diseases, psychiatric disorder/mental health, or drug and/or alcohol use. I understand that this authorization is voluntary and I may refuse to sign this authorization. I understand that my receiving treatment with Greenville Cardiovascular Associates will not be affected by my refusal to sign this form.

Por el presente autorizo la divulgación de cualquier información médica protegida de mi registro médico que Greenville Cardiovascular Associates considere necesaria para mi atención de electrofisiología. Entiendo que la información divulgada puede contener información sobre pruebas, diagnósticos o tratamiento para VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual, trastorno psiquiátrico/salud mental o consumo de drogas o alcohol. Entiendo que esta autorización es voluntaria y puedo negarme a firmar esta autorización. Entiendo que el tratamiento que recibo a través de Greenville Cardiovascular Associates no se verá afectado por mi negativa a firmar este formulario.

Información a divulgar:

\_\_\_\_ History/Physical Consultation /  
Antecedentes/Consulta física

\_\_\_\_ Progress Notes /  
Notas de evolución  
\_\_\_\_ Operative Report /  
Informe de operaciones

\_\_\_\_ Discharge Summary /  
Resumen de alta  
\_\_\_\_ Cardiac Cath. Report /  
Informe de cateterismo  
cardíaco

\_\_\_\_ Treadmill Tests / Pruebas  
en cinta caminadora

\_\_\_\_ EKG/ECG /  
Electrocardiograma

\_\_\_\_ Holter/Event Monitor /  
Monitor Holter /  
de eventos

\_\_\_\_ Lab Reports /  
Informes de laboratorio

\_\_\_\_ Chest X-rays /  
Radiografías de tórax

\_\_\_\_ Radiology / Radiología

\_\_\_\_ Echocardiogram /  
Ecocardiograma

\_\_\_\_ Nuclear Scans /  
Escanografías nucleares

\_\_\_\_ Vascular Reports /  
Informes vasculares

\_\_\_\_ Polysomnograms /  
Polisomnografías

\_\_\_\_ Electrophysiology  
Procedures / Procedimientos  
de electrofisiología

\_\_\_\_ Other(Specify) / Otro (especificar) \_\_\_\_\_



Roger J. Belbel, DO, FACC, FSCAI  
Col. Ret. USA, MC  
Ahad M. Hassan, MD, FACC, FSCAI

Specific Date of Service / Fecha de servicio específica:

---

\*Note: If no date of service is indicated, the request is for the most current information available.

\*Nota: si no se indica ninguna fecha de servicio, se solicita la información más actualizada disponible.

This authorization does not expire. It may be revoked, but not retroactively on records already released in good faith.

Esta autorización no vence. Puede ser revocada, pero no de manera retroactiva a registros ya divulgados de buena fe.

\_\_\_\_\_  
Signature of patient / Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Date / Fecha

\_\_\_\_\_  
Parent/Legal Guardian/Legal Representative /  
Padre/tutor legar/representante legal

\_\_\_\_\_  
Witness Signature / Firma del testigo