



ARIZONA TRANSPLANT ASSOCIATES, PC

James L. Cashman, MD, FACS
Jeffrey A. Brink, MD, FACS
Willem J. Van der Werf, MD, FACS
Thomas Chaly, Jr., MD, FACS

2218 North Third Street
Phoenix, Arizona 85004-1401
Ph (602) 252-2543
Fax (602) 252-3861

SCANNED

(Office use only)

MEDICAL RECORDS RELEASE
AUTORIZACIÓN DE DOCUMENTOS MÉDICOS

I authorize the following provider(s):
Yo autorizó los siguientes médicos:

to release a copy of my medical records to:
a entregar copias de mis documentos médicos a:

Arizona Transplant Associates, PC
2218 North Third Street
Phoenix, AZ 85004
(602) 252-3861 fax

Patient Signature
Firma del Paciente

Date
Fecha

Patient Name (Please Print)
Nombre del Paciente (Por Favor Escriba)

Date of Birth
Fecha de Nacimiento