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

Expiration Date

(Office use only)

REV 1221223