



27462 Portola Pkwy, Ste 100, Foothill Ranch, CA 92610

Referral & Care-Coordination Authorization

Autorización de Referencia y Coordinación de Atención

Let us contact your PCP for a wound care referral or order
Permítanos contactar a su médico para una referencia u orden de cuidado de heridas

Use this form to authorize Hoang Medical Corporation to contact your primary care provider (PCP) and request a referral or physician order for wound care on your behalf. Fields marked * are required.
Use este formulario para autorizar a Hoang Medical Corporation a comunicarse con su médico de cabecera (PCP) y solicitar una referencia u orden médica para el cuidado de heridas en su nombre. Los campos marcados con * son obligatorios.

1. About You (Patient Information)

Acerca de Usted (Información del Paciente)

Patient full name

Nombre completo del paciente *

Date of birth

Fecha de nacimiento *

Phone

Teléfono

Email

Correo electrónico

Address

Dirección

2. Your Primary Care Provider (PCP)

Su Médico de Cabecera (PCP)

PCP / clinic name

Nombre del médico / clínica

PCP phone

Teléfono del médico

PCP fax (if known)

Fax del médico (si lo sabe)

PCP address (optional)

Dirección del médico (opcional)

3. What You Authorize

Lo que Usted Autoriza

I authorize Hoang Medical Corporation to contact my primary care provider named above and, on my behalf, to request a referral or physician order for wound care services — and to receive that referral or order, and any information reasonably needed to obtain it, from my provider. I understand this authorization is voluntary, that I may cancel it in writing at any time (except for actions already taken), and that my treatment, payment, and eligibility for benefits do not depend on whether I sign it.

Autorizo a Hoang Medical Corporation a comunicarse con mi médico de cabecera indicado arriba y, en mi nombre, a solicitar una referencia u orden médica para servicios de cuidado de heridas, y a recibir esa referencia u orden, y cualquier información razonablemente necesaria para obtenerla, de parte de mi médico. Entiendo que esta autorización es voluntaria, que puedo cancelarla por escrito en cualquier momento (excepto por acciones ya realizadas), y que mi tratamiento, pago y elegibilidad para beneficios no dependen de que la firme.

To cancel this authorization later: send a written request to auth@HMedicalCorp.com or fax (818) 381-0850. Cancellation applies going forward and does not undo actions already taken.

Para cancelar esta autorización más adelante: envíe una solicitud por escrito a auth@HMedicalCorp.com o al fax (818) 381-0850. La cancelación aplica en adelante y no deshace las acciones ya realizadas.

4. Sign Here

Firme Aquí

☐ I have read and understand this form and am signing it voluntarily.

He leído y comprendo este formulario y lo firmo voluntariamente. *

Signature

Firma *

Sign above with your finger or mouse.

Firme arriba con el dedo o el ratón.

Printed name

Nombre en letra de molde: _____

Date signed

Fecha de firma

MM/DD/YYYY

Witness (optional)

Testigo (opcional)

Communication by Email — Acknowledgment of Risk. Hoang Medical Corporation offers secure ways to send us forms and health information, including our online patient forms and secure fax. If you choose to send health information to us from your own email account (for example, Gmail, Yahoo, iCloud, or Outlook), ordinary email is not encrypted end-to-end and may be read by others while in transit or stored on your email provider's servers. By choosing to email us, you accept this risk. You are never required to use email — you may use our secure online forms, fax, mail, or telephone instead. Do not use email for urgent or emergency matters; if you have a medical emergency, call 911.

Comunicación por correo electrónico — Reconocimiento del riesgo. Hoang Medical Corporation ofrece maneras seguras de enviarnos formularios e información de salud, incluyendo nuestros formularios para pacientes en línea y el fax seguro. Si usted decide enviarnos información de salud desde su propia cuenta de correo (por ejemplo, Gmail, Yahoo, iCloud u Outlook), el correo electrónico común no está cifrado de extremo a extremo y otras personas podrían leerlo mientras se transmite o mientras está almacenado en los servidores de su proveedor de correo. Al decidir enviarnos un correo, usted acepta este riesgo. Nunca está obligado a usar el correo electrónico — puede usar nuestros formularios seguros en línea, el fax, el correo postal o el teléfono. No use el correo electrónico para asuntos urgentes o de emergencia; si tiene una emergencia médica, llame al 911.

OFFICE USE ONLY

USO INTERNO SOLAMENTE

Received date

Fecha de recepción

MM/DD/YYYY

Received by (initials)

Recibido por (iniciales)

☐ Verified & matched to patient chart

Verificado y asociado al expediente del paciente

Notes

Notas