



2280 Hemby Lane
Greenville, North Carolina 27834

ECN# _____

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA UTILIZAR O DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Yo, _____ (Fecha de nacimiento _____), autorizo a East Carolina Neurology, Inc. a utilizar o divulgar mi información de salud protegida según se describe a continuación.

He leído esta autorización y comprendo qué información será enviada, quién puede enviar la información y quién la recibirá.

Comprendo que cuando se envía la información, según lo aprueba mi firma a continuación, es posible que dicha información ya no esté protegida por las regulaciones ni por las leyes de privacidad federales. Es posible que el receptor la divulgue nuevamente. También comprendo que tengo derecho a cancelar esta autorización, siempre y cuando siga los pasos detallados en el dorso de este formulario (revocación de autorización).

Comprendo que mi registro de salud puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud mental o salud de la conducta y tratamiento por abuso de drogas o alcohol.

Autorizo a todo empleado actual o propietario de East Carolina Neurology, Inc. a enviar mi información de salud protegida a:

(Nombre del destinatario/ Dirección/Número de fax)

Descripción de la información que se enviará (marque todo lo que corresponda):

- La historia clínica completa (explique el motivo: _____)
- Información demográfica (Nombre, Dirección, Número de teléfono, Fecha de nacimiento, etc.)
- Notas del consultorio (especifique: Últimas consultas Consultas de corriente año Todas las consultas Otras: _____)
- Análisis de diagnóstico/registros (RM, Tomografía computada, EMG, EEG, otros _____).
Filmaciones _____
Diagnóstico neuropsicológico _____ (Autorización del psicólogo para publicar el resultado del diagnóstico)
- Datos de laboratorio
- Otro (especifique) _____

El objetivo de esta solicitud es: Para cuidado continuo; A pedido del paciente
Otro: _____

Esta autorización tiene vigencia durante 90 días a menos que yo especifique lo contrario.

Comprendo completamente y acepto los términos de esta autorización. Entiendo que firmo esta autorización voluntariamente. No necesito firmar este formulario para que se me garantice un tratamiento médico.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

REPRESENTANTE PERSONAL AUTORIZADO
Padre/Tutor legal
Poder notarial para el cuidado de la salud/Poder notarial (copias)

FECHA

EAST CAROLINA NEUROLOGY
2280 HEMBY LANE
GREENVILLE, NC 27834

Testamentario o Administrador de bienes (copias)
Otro: _____

FIRMA DEL TESTIGO

FECHA

NOTARIO PÚBLICO

FECHA

SÓLO PARA USO ADMINISTRATIVO: Identificación del paciente _____
ECN# _____
☛ Enviado por fax el día _____ ☛ Enviado por correo el día _____
por _____ Archivado _____

REVOCACIÓN DE AUTORIZACIÓN
(Cancelación de autorización)

El paciente, en todo momento, tiene derecho a cancelar (revocar) esta autorización, excepto en aquellos casos en los que East Carolina Neurology ya haya enviado la información según se describe en la autorización. Para que esta cancelación (revocación) esté vigente, East Carolina Neurology debe recibir su consentimiento por escrito.

La revocación debe incluir:

- El nombre, la dirección y la fecha de nacimiento del paciente
- La fecha vigente de esta autorización y los destinatarios de la información de salud protegida
- La intención del paciente de cancelar esta autorización, y
- La fecha de cancelación y la firma del paciente.

La intención del paciente de cancelar (revocar) esta autorización al enviar una solicitud por escrito a:

East Carolina Neurology
2280 Hemby Lane
Greenville, NC 27834

DIRIGIDO A: Director de privacidad

O BIEN

Debe enviar una solicitud por escrito al número de fax (252) 752-0476 DIRIGIDO A: Director de
privacidad

Las revocaciones no tienen vigencia hasta que las recibe el Director de privacidad.

NOTIFICACIÓN:

Las copias adjuntas de registros pueden incluir información que no fue creada en East Carolina Neurology, tal como información que otro prestador nos envió para el cuidado de la salud del paciente. Esta información será divulgada nuevamente de acuerdo con las cláusulas específicas de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA). Puede obtener información adicional o más completa directamente del autor del informe.