



2280 Hemby Lane  
Greenville, North Carolina 27834

ECN# \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA UTILIZAR O DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA CON FINES DE TRATAMIENTO BRINDADO POR OTRA ENTIDAD CUBIERTA**

Yo, \_\_\_\_\_ (Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_),  
autorizo a todo empleado actual o propietario de

\_\_\_\_\_ 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 enviar mi información de salud protegida a: \_\_\_\_\_  
EAST CAROLINA NEUROLOGY, 2280 Hemby Lane, Greenville, NC 27834 (252) 413-6825-fax

(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 computarizada, EMG, EEG, Otros \_\_\_\_\_.)  
Filmaciones \_\_\_\_\_  
Diagnóstico neuropsicológico \_\_\_\_\_
- 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

\_\_\_\_\_  
FECHA

Padre/Tutor legal

Poder notarial para el cuidado de la salud/Poder notarial (copias)

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 \_\_\_\_\_

☛ 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 la entidad receptora cubierta ya haya enviado la información según se describe en la autorización. Para que esta cancelación (revocación) esté vigente, la entidad receptora cubierta debe recibir su consentimiento 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.

El paciente puede cancelar (revocar) esta autorización al enviar una solicitud por escrito a la entidad cubierta según se detalla en el frente de este formulario.