



United Neuroscience, Inc.

30 Stockdale Highway, Suite 200, Bakersfield, CA. 93311, United States.

Phone: 661-324-0500 Fax: 661-324-0600

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Autorización

Autorizo a United Neuroscience Institute, a sus médicos, empleados y representantes autorizados a divulgar mi información médica protegida a:

Nombre de la persona/organización: _____

Relación con el paciente (si corresponde): _____

Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico (si corresponde): _____

Información que se divulgará (marque todo lo que corresponda)

- | | |
|---|---|
| ☐ Todos los registros | ☐ Informes de EEG |
| ☐ Notas de consultas médicas | ☐ Informes quirúrgicos |
| ☐ Informes de estudios de imágenes | ☐ Información de facturación |
| ☐ Resultados de laboratorio | ☐ Información de citas |

Método de divulgación (marque todo lo que corresponda)

- | | |
|--|--|
| ☐ En persona | ☐ Correo electrónico seguro |
| ☐ Teléfono | ☐ Fax |
| ☐ Correo postal | |

Vencimiento

Esta autorización vencerá el:

☐ Nunca OR ☐ Fecha: _____

Derechos del paciente

Entiendo que:

- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una solicitud por escrito a United Neuroscience Institute, excepto en la medida en que ya se haya tomado alguna acción basándose en esta autorización.
- La información divulgada conforme a esta autorización puede dejar de estar protegida por las leyes federales o estatales de privacidad si el destinatario vuelve a divulgarla.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización firmada.

Firma

He leído y comprendo esta autorización y autorizo voluntariamente la divulgación de mi información médica protegida según se describe anteriormente.

Patient Firma: _____ Fecha: _____

Identidad verificada por el personal de la oficina: _____