



Centro de cerebro y columna vertebral, PLC
4045 W. Chandler Blvd., Edif.
Chandler, AZ 85226
1760 E. Florence Blvd, Ste. 250
Casa Grande, AZ 85122
Oficina (480) 917-3706 Fax (480) 353-2066

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

Nombre del paciente: Fecha de nacimiento:

Nombre de soltera: Seguro Social #:

Solicito y autorizo a Brain and Spine Center, PLC a obtener o divulgar información de atención médica del paciente mencionado anteriormente a/desde:

Nombre del proveedor/nombre de la instalación:

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal:

Teléfono: Fax:

Form box containing 'Descripción de la información de salud protegida que se divulgará' and 'Propósito(s) de la divulgación:' with various checkboxes for medical records, X-rays, lab tests, etc.

Por la presente autorizo al Proveedor a divulgar Información de salud protegida ("Información") a Brain and Spine Center, PLC. Entiendo que esta autorización puede cubrir información relacionada con: (i) SIDA, VIH y otras enfermedades transmisibles; (ii) pruebas genéticas; (iii) salud y tratamiento psiquiátrico, mental y conductual; y (iv) abuso y tratamiento de alcohol, drogas y sustancias.

Firma del paciente/representante legal: Fecha:

ESTA AUTORIZACIÓN EXPIRA NOVENTA DÍAS DESPUÉS DE LA FECHA DE FIRMA.

Dr. Hemant K. Pandey

Simon Parkinson, MSN, APRN, FNP-C, CNRN

Kimberly Tokarski, DNP, APRN, FNP-BC

Anjanette Kibby, MSN, APRN, FNP-C