



BRAIN & SPINE CENTER

MEMORY CLINIC

Diagnose

Modify

Treat

Brain and Spine Center, PLC

4045 W. Chandler Blvd., Bldg. F
Chandler, AZ 85226

1760 E. Florence Blvd, Ste. 150
Casa Grande, AZ 85122

Office (480) 917-3706 Fax (480) 353-2066

AUTHORIZATION TO RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Apellido de soltera: _____

Solicito y autorizo a Brain and Spine Center, PLC a ☐ obtener ☐ divulgar

Información Médica del paciente mencionado anteriormente hacia/desde:

Nombre del proveedor/centro: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Descripción de la Información Médica Protegida que se divulgará

☐ Notas de la visita más reciente ☐ Informes de rayos X ☐ Análisis de laboratorio

☐ Otro _____

Propósito(s) de la divulgación

☐ Atención complementaria ☐ Transferencia de atención ☐ Uso personal

☐ Segunda opinión ☐ Compensación laboral ☐ Legal

☐ Cobertura de seguro o pago de atención ☐ Otro _____

Por la presente autorizo al Proveedor a divulgar Información Médica Protegida ("Información") a Brain and Spine Center, PLC. Entiendo que esta autorización puede incluir Información relacionada con: (i) SIDA, VIH y otras enfermedades transmisibles; (ii) pruebas genéticas; (iii) salud y tratamiento psiquiátrico, mental y conductual; y (iv) alcohol, drogas y abuso de sustancias y su tratamiento. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando al Proveedor por escrito. Entiendo que cualquier divulgación realizada de conformidad con esta autorización antes de su revocación no constituirá una violación de mis derechos de confidencialidad. Entiendo que esta autorización vencerá NOVENTA (90) días después de la fecha de ejecución. Entiendo que una fotocopia o facsímil de esta Autorización es válida en lugar del original. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que el Proveedor no condicionará ni negará el tratamiento debido a mi decisión.

Firma del paciente/representante legal: _____ Fecha: _____

ESTA AUTORIZACIÓN VENCE NOVENTA (90) DÍAS DESPUÉS DE LA FECHA DE FIRMA