



NOTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE INFORMACIÓN DE SALUD IDENTIFICADORA

Nombre del paciente _____

Fecha De Nacimiento _____

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar o divulgar información de salud protegida.

El aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos según la ley. Usted confirma que, con su firma, ha revisado nuestro aviso antes de firmar este consentimiento.

Autorizo al consultorio profesional de mi dentista mencionado anteriormente para divulgar información de salud que me identifique [incluyendo, si corresponde, información sobre infección por VIH o SIDA, información sobre tratamiento de abuso de sustancias e información sobre servicios de salud mental] bajo los siguientes términos y condiciones:

1. Su (s) compañía (s) de seguros, terceros pagadores, otros proveedores de atención médica y personas que usted indique que tienen acceso a su cita, cuenta o información de tratamiento clínico.

¿Podemos llamarlo, enviarle un correo electrónico o enviarle un mensaje de texto para confirmar citas? SI NO

¿Podemos dejar un mensaje en su contestador automático en casa o en su teléfono celular? SI NO

2. El propósito de la liberación es a pedido de la persona.

3. No hay fecha de vencimiento para esta autorización a menos que el paciente lo solicite específicamente.

Es completamente su decisión si firma o no este formulario de autorización. No podemos negarnos a tratarlo si elige no firmar esta autorización. Si está cubierto por un plan de seguro dental, se le solicitará que presente sus propios reclamos de seguro ya que esta oficina no podrá divulgarles ninguna información.

Si firma esta autorización, puede revocarla más tarde. La única excepción a su derecho de revocación es si ya hemos actuado de conformidad con la autorización. Si desea revocar su autorización, envíenos una nota escrita o electrónica informándonos que se revocó su autorización. Envíe esta nota a la oficina que figura en la parte superior de este formulario.

Cuando se divulga su información de salud según lo dispuesto en esta autorización, el destinatario a menudo no tiene la obligación legal de proteger su confidencialidad. En muchos casos, el destinatario puede volver a divulgar la información como lo desee. A veces, la ley estatal o federal cambia esta posibilidad.

HE LEÍDO Y ENTIENDO ESTE FORMULARIO. ESTOY FIRMANDO VOLUNTARIAMENTE. AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE MI INFORMACIÓN DE SALUD COMO SE DESCRIBE EN ESTE FORMULARIO.

Firma del PACIENTE o Tutor _____ fecha _____

Si está firmando como representante personal o tutor del paciente, describa su relación con el paciente y / o la fuente de su autoridad para firmar este formulario (es decir, padre, POA, etc.):

Nombre Impreso _____

Fuente De Autoridad _____

Si hay alguien a quien le gustaría tener acceso a la información de su cuenta o cita (incluido su cónyuge), indique su información a continuación:

Nombre, relación y número de teléfono de aquellos que pueden tener acceso a mi cita, cuenta e información de tratamiento clínico:



I DECLINE TO SIGN THIS FORM

Office Use Only

As Privacy Officer, I attempted to obtain the patient's (or representatives) signature on this Acknowledgement, but did not because:

It was emergency treatment _____

I could not communicate with the patient _____

The patient refused to sign _____

The patient was unable to sign because _____

Other (please describe) _____

Officer _____

Signature of Privacy