

HIPAA- AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Comunicaciones entre los pacientes y sus familiares, amigos o cuidadores

Este formulario permite a Plage Dentistry comunicar información sobre su atención (por ejemplo, citas, laboratorios, medicamentos, planes de tratamiento, información de Su cuenta) a usted y a aquellos que listados en este formulario. Firmar este formulario es opcional, no es necesario para recibir tratamiento y no caduca hasta que lo anule por escrito.

COMUNICÁNDONOS CON USTED

Nombre: _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Inicial de Segundo Nombre)

Fecha de Nacimiento: _____ Telefono: (__) _____
(mes/año)

Dirección _____

COMUNICARSE CON SU FAMILIA, AMIGOS O CUIDADORES

Oficina puede comunicarse con los miembros de la familia, amigos o cuidadores que se listan a continuación.

Cónyuge/Pareja: _____

Teléfono: () _____

Correo electrónico:* _____

Segundo contacto: _____

Teléfono: () _____

Correo electrónico:* _____

Relación: _____

DERECHOS Y FIRMA DEL PACIENTE

· Puede anular esta autorización en cualquier momento por escrito. Consulte nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad para conocer las excepciones. Una anulación no se aplicará a ninguna divulgación de información que ocurra antes de que recibamos una rescisión por escrito de su parte.

- El destinatario de la información podría usarla o divulgarla de una manera que las leyes federales o estatales no protegen. Esta práctica no es responsable de la privacidad o seguridad de su información de salud después de que se envíe a las personas listadas en esta autorización.
- Puede revisar o copiar la información que se utilizará o divulgará como se describe en esta autorización.
- No tiene que firmar esta autorización para recibir tratamiento de esta práctica.
- Usted comprende que la información que se utilizará o divulgará puede incluir un diagnóstico de enfermedad transmisible como el VIH o un diagnóstico relacionado con la salud mental o el abuso de sustancias, a menos que lo excluya anteriormente.
- Todos los cambios o actualizaciones de este formulario deben hacerse por escrito y estar firmados por usted (paciente) o su representante personal. Las ediciones menores (por ejemplo, un nuevo número de teléfono) se pueden realizar en este formulario, con sus iniciales y fechadas en lugar de requerir un nuevo formulario.

Firma del Paciente/Representante Legal _____