

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

(Records Release in Spanish)

Este formulario permite a Plage Dentistry utilizar y/o divulgar la información de salud del paciente para los fines que se describen a continuación.

Nombre: _____
(Apellido) (Primer Nombre) (segunda inicial)

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono (__) _____
(mes/año)

Dirección completa: _____

DESTINATARIO(S): Esta oficina puede usar y/o divulgar la información verificada a continuación a la siguiente persona o entidad para los fines enumerados en este formulario. Rellenar con la información de la oficina que tendremos que contractor.

Nombre de la oficina: _____

Contacto _____

Correo Electronico: _____

Teléfono number: (__) _____

SELECCIONAR EL TIPO (S) DE INFORMACIÓN QUE SE UTILIZARÁ Y/O DIVULGARÁ:

- Imágenes clínicas (por ejemplo, rayos X)
- Registro complete
- Otro (describa)

DERECHOS DEL PACIENTE Y FIRMA

- 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 anulación 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 es necesario 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 previamente.
- Todos los cambios o actualizaciones de este formulario deben hacerse por escrito y estar firmados por usted (paciente) o su representante legal.

Firma _____ fecha _____