

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACION CONFIDENCIAL DE SALUD

Nombre del paciente: _____
Primero Medio Apellido

Fecha de nacimiento: _____ fecha de autorización: _____

nombre de la entidad para divulgar esta información: _____

Información para usar o divulgar:

- mi información dental en relación con el siguiente tratamiento o afección
- Los _____ años más recientes de registro
- mi registro dental para la(s) siguiente(s) fecha(s) _____
- registro dental completo
 - Incluye Excluye: mi información de salud en relación con el abuso de drogas y/o alcohol
 - Incluye Excluye: mi información de salud en relación con VIH/SIDA
- otra información para usar o divulgar (describir la información en detalle) _____

Propósito de uso or divulgación

- tratamiento, pago, o operaciones de atención médica
- divulgación a la aseguradora de vida para fines de cobertura
- Divulgación al empleador de los resultados de pruebas físicas or de laboratorio previas al empleo
- otra (describir cada propósito del uso solicitado y la divulgación en detalle) _____

persona(s) autorizada(s) a hacer la divulgación _____
Imprima su nombre

persona(s) autorizada(s) a recibir la divulgación: _____
Imprimir nombre(s) del destinatario

Expiración: esta autorización caducará:

- un año de la fecha en que se ha firmado
- en un evento especificado: _____

Derecho a revocar o cancelar la autorización:

Yo tengo el derecho a revocar o cancelar este autorización a cualquier tiempo, except en la medida en que esta información ya se haya compartido sobre la base de esta autorización, o si este autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro. Para revocar o cancelar este autorización, debo enviar mi solicitud por escrito a:

Nombre y dirección de la instalación que divulga la información

Autorización y Firma:

Esta Autorización para la divulgación de información confidencial de salud dice que estoy autorizando la divulgación de mi información dental protegida, que se describe en detalle anteriormente. Entiendo que este divulgación de información es voluntaria, y que my información dental está protegida por la ley. La información que se utiliza y/o divulga de conformidad con esta autorización puede ser recerrada por el destinatario a menos que el destinatario esté cubierto por las leyes estatales que limitan el uso y/o divulgación de mi información dental confidencial protegida.

Firma del paciente (18 or más): _____

Firma del representante autorizado por la lay (se el paciente es menor de edad): _____

Fecha de firma: ____/____/____