Autorización para Divulgar Información de Salud Protegida

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Autorizo el uso o la divulgación de la información de salud protegida ("PHI", por sus siglas en inglés) según se describe a continuación.

Descripción de la PHI: Cualquier y todo el contenido del expediente dental, incluyendo diagnóstico, tratamiento, pronóstico, información financiera, de facturación y de seguro.

Autorizo a **Chastain Dental Studio** a divulgar y/o liberar la PHI descrita anteriormente a la(s) siguiente(s) persona(s):

El propósito de esta solicitud para divulgar y/o liberar la PHI descrita anteriormente es por razones personales. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta Autorización por escrito en cualquier momento notificando a Chastain Dental Studio mencionada. Dicha revocación no afectará las acciones tomadas por la persona que solicitó la información antes de la fecha en que recibió la revocación por escrito. También entiendo que la información divulgada en virtud de esta autorización puede ser revelada nuevamente por el destinatario y ya no estará protegida por esta norma.

Entiendo que mi proveedor de atención médica no puede condicionar mi tratamiento a la firma de esta Autorización. Sin embargo, si me niego a firmar esta Autorización, entiendo que seré financieramente responsable de cualquier tratamiento dental proporcionado por Chastain Dental Studio y que seré responsable de presentar cualquier reclamación a mi compañía de seguros dentales.

Autorizo a **Chastain Dental Studio** a utilizar grabaciones de audio durante mis citas dentales para ayudar con la documentación clínica, el diagnóstico, la planificación del tratamiento y la elaboración de las notas clínicas. Entiendo que estas grabaciones pueden ser procesadas mediante inteligencia artificial (IA) u otra tecnología segura de documentación clínica para ayudar al equipo dental a documentar con precisión la información discutida durante mi visita.

Entiendo que cualquier grabación de audio y la información generada a partir de dichas grabaciones serán consideradas Información Médica Protegida ("PHI", por sus siglas en inglés) y serán manejadas de conformidad con las leyes de privacidad aplicables, incluyendo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA).

Entiendo que las grabaciones se utilizarán únicamente para fines relacionados con mi atención dental y la documentación clínica, y no serán utilizadas para fines de mercadeo o publicidad sin mi autorización previa por escrito.

Entiendo que puedo revocar mi autorización para futuras grabaciones de audio en cualquier momento notificando por escrito a **Chastain Dental Studio**. Dicha revocación no afectará las grabaciones ni la documentación creada antes de la fecha en que se reciba mi notificación por escrito.

Autorizo a Chastain Dental Studio a enviarme mensajes de texto importantes sobre mis citas, actualizaciones de tratamiento y otras notificaciones de salud relevantes.

Esta Autorización vencerá en el momento en que:

___ Me haga financieramente responsable de todos los tratamientos dentales realizados en esta oficina; 0
___ En la siguiente fecha: _____ (dentro de un año a partir de la fecha actual)

Firmado: _____ **Fecha: _____**