Formulario de Autorización y Liberación Médica

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

[ ] Autorizo la divulgación/liberación de cualquier y toda la información, incluyendo el contenido completo de mi expediente dental, que incluye diagnóstico, tratamiento, pronóstico, información financiera, de facturación y de seguro.

Esta información puede ser divulgada a (Marque uno):

[ ] **Cónyuge/Pareja** _____

[ ] **Hijo(s)** _____

[ ] **Otro** _____

[ ] **La información no debe ser divulgada a nadie.**

El propósito de esta solicitud para divulgar y/o liberar la Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) descrita anteriormente es por razones personales. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta Autorización por escrito en cualquier momento notificando a la oficina 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 esta oficina y que seré responsable de presentar cualquier reclamación a mi compañía de seguros dentales.

Esta Autorización vencerá en el momento en que:

___ Decida revocar esta Autorización por escrito; o

___ En la siguiente fecha: _____ (dentro de un año a partir de la fecha actual).

Preferencia para dejar un mensaje

Por favor, llame a (circule uno o más): **CASA** **TRABAJO** **CELULAR**

Si no pueden comunicarse conmigo (marque uno):

[ ] por favor, deje un mensaje detallado

[ ] por favor, deje un mensaje pidiéndome que devuelva la llamada

[ ] _____

El mejor momento para contactarme es (día) _____ entre (hora) _____

Entiendo que esta oficina tratará de cumplir con mis preferencias sobre mi información de contacto, pero puede ser necesario que me contacten en otros números si no logran comunicarse conmigo en el número/ubicación solicitados.

Firmado: _____ **Fecha:** _____