Medical Release Form for Minors

Yo, _____, (Padre/Madre/Tutor Legal) autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) a autorizar el tratamiento dental para mi(s) hijo(s) en esta clínica. También autorizo a esta oficina a divulgar y/o liberar la información de salud privada de mi(s) hijo(s), definida aquí como el expediente dental completo del paciente, incluyendo tratamiento, pronóstico, información financiera, de facturación y de seguro, a los representantes indicados a continuación.

Entiendo que soy responsable de los servicios prestados y de los pagos autorizados por mis representantes.

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 el tratamiento a la firma de esta autorización.

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).

NOMBRE DEL REPRESENTANTE	RELACIÓN.	DOB	TELÉFONO

NOMBRE DEL/LOS NIÑO(S)	EDAD

Firmado por: _____

Relación con el niño: _____ Fecha: _____