

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE SALUD**

La práctica dental no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad de los beneficios al proporcionar o al negarse a proporcionar esta autorización.

Imprima nombre del paciente

Número de cuenta del paciente

Dirección

Fecha de nacimiento

Ciudad Estado Código postal

Correo electrónico Teléfono

Nombre del doctor

Nombre del consultorio

Dirección del consultorio Ciudad Estado Código postal

Por la presente, autorizo al doctor y al consultorio mencionados anteriormente, a divulgar la información dental del paciente mencionado anteriormente a:

Imprima nombre del destinatario

Dirección del consultorio Ciudad Estado Código postal

Especifique la información dental que será divulgada.

**Propósito:** La información divulgada y los registros dentales solo pueden utilizarse con el propósito o los propósitos mencionados anteriormente:

**Duración:** Esta autorización permanecerá vigente durante un año a partir de la fecha de mi firma en la parte inferior, a menos que se especifique una fecha diferente a continuación \_\_\_\_\_(fecha).

**Revocación:** Usted o su representante personal pueden revocar esta autorización por escrito. Si usted revoca la autorización, esto no afectará la información divulgada antes de que se recibiera su solicitud por escrito sobre la revocación.

**Nueva autorización:** Tengo entendido que la información divulgada en conformidad con esta autorización puede que ya no esté protegida bajo la ley federal de privacidad (HIPAA, por sus siglas en inglés) y podría volver a ser divulgada por el destinatario.

Una copia de esta autorización es tan válida como la original. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Fecha

Firma

Si la firma es de otra persona que no sea el paciente, indique el parentesco