

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____ N.º de expediente del paciente: _____

Por el presente, autorizo el uso y la divulgación de la información del paciente según se describe a continuación. Entiendo que la información que se divulgue de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del receptor y puede ya no estar protegida por los reglamentos de privacidad de la HIPAA.

Descripción específica de la información del paciente, que se va a utilizar o divulgar:

Propósito(s) de este uso o esta divulgación:

[Si el paciente o el representante personal del paciente está solicitando el uso o la divulgación, puede escribir “a petición de la persona” como propósito.]

Autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) a realizar este uso o esta divulgación:

Las siguientes personas pueden recibir esta información del paciente:

[Si esta autorización se requiere para un uso o una divulgación de la información del paciente para una comunicación de marketing subsidiado, debe agregarse “Entiendo que el consultorio odontológico recibirá remuneración financiera por realizar esta comunicación de marketing”].

[Si esta autorización se requiere para una venta de la información del paciente, debe agregarse “Entiendo que esta divulgación dará lugar a una remuneración para el consultorio odontológico”].

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, y que mi revocación no se hará efectiva a menos que sea por escrito y la haya recibido el funcionario de privacidad del consultorio en:

_____ c/o Dental Expressions 8505 Navajo Rd. San Diego, CA 92119. Si revoco esta autorización, mi revocación no afectará ninguna acción tomada por el consultorio odontológico antes de recibir mi revocación por escrito.

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará de ninguna manera mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud ni mi elegibilidad para recibir beneficios.

Esta autorización vence en la fecha indicada a continuación, o cuando ocurra el siguiente evento:

[Los eventos de vencimiento deben estar relacionados con el paciente o con el propósito del uso y la divulgación. Si la autorización es para investigación, la fecha de vencimiento debe indicar “final del estudio de investigación”, “ninguna”, o un texto similar].

Firma del paciente o del representante personal del paciente: _____ Fecha: _____

Si es el representante personal:

Nombre en letra de molde: _____

Firma: _____ Relación con el paciente: _____

Para uso interno solamente: Se le entregó copia de la autorización firmada a la persona:

Fecha: _____ Iniciales: _____