



# AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DENTAL

## RAZÓN DE LA SOLICITUD

- Personal                       Transferencia permanente a un nuevo equipo de atención dental  
 Cuidado dental  
 Beneficios                       Otra: \_\_\_\_\_

<b>Nombre del paciente</b>			
<b>Fecha de nacimiento</b>		<b>Número de Seguro Social (últimos 4 dígitos)</b>	
<b>Dirección actual</b>			
<b>Número de teléfono</b>		<b>Dirección de correo electrónico:</b>	

AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE:
<i>Nombre de instalación/proveedor que envía la información</i>
<i>Dirección de la instalación/del proveedor</i>
<i>Ciudad, estado y código postal</i>
<b>Nota: Si no se proporcionan las direcciones, esto podría causar un retraso en su solicitud.</b>

INFORMACIÓN A SER DIVULGADA A:	
<i>Nombre de instalación/proveedor que recibe la información</i>	
<i>Dirección de la instalación/del proveedor</i>	
<i>Ciudad, estado y código postal</i>	
<i># de teléfono</i>	<i>Fax #</i>

TIPO DE INFORMACIÓN QUE DEBE SER DIVULGADA (SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN)
<input type="checkbox"/> Notas del gráfico médico <input type="checkbox"/> Informes de rayos x <input type="checkbox"/> Otra: _____
FECHAS DE SERVICIO (SELECCIONE UNA DE TRES OPCIONES)
<input type="checkbox"/> Visita más reciente <input type="checkbox"/> Últimos 2 años <input type="checkbox"/> Desde (MM/DD/AAAA)                      Hasta (MM/DD/AAAA)

Su atención médica y el pago de esa atención médica no pueden estar condicionados al recibimiento de esta autorización firmada, a menos que su atención médica o tratamiento tenga el propósito de crear información médica sobre usted para divulgarla a una tercera entidad; o con fines de investigación. Usted tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, siempre y cuando lo haga por escrito. Si revoca su autorización, ya no usaremos ni divulgaremos información sobre usted por motivos cubiertos por su autorización por escrito, pero no podemos retirar ningún uso o divulgación que ya se haya hecho con su permiso. Para revocar esta autorización, por favor, envíe una declaración por escrito a Neighborhood Health Center dirigida a ATTN: Risk and Compliance, 7320 SW Hunziker Rd., STE 300, Portland, OR 97223, que identifique la fecha en que firmó esta autorización, el destinatario de la información identificada en esta autorización e indicar que está revocando la autorización. Esta Autorización expirará un año después de la fecha de la firma o el final del periodo razonablemente necesario para completar la divulgación para el propósito descrito anteriormente.

\_\_\_\_\_  
*Firma del paciente o representante legal del paciente*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Escriba el nombre del paciente o el nombre del representante legal del paciente*

\_\_\_\_\_  
*Relación con el paciente (escriba «Self» si usted es el paciente)*

SOLO PARA USO DE LA OFICINA   OFFICE USE ONLY	
_____ <i>Signature of Staff Member Assisting Patient</i>	_____ <i>Date</i>
_____ <i>Title of Staff Member Assisting Patient</i>	