

Autorización para usar o revelar información dental protegida

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Proveedor de atención médica que revelará la información: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Persona/Agencia que recibirá la información: ☐ **Paciente / Yo**

Nombre		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	Fax	

Nombre
Siskiyou Community Health Center (SCHC)
1701 NW Hawthorne Ave
Grants Pass, OR 97526
P: 541-479-6393 F: 541-479-6489

Propósito de la revelación:

_____ Transferencia de la atención _____ Coordinación de la atención _____ Otro: _____

Fechas solicitadas:

☐ **Todas** las fechas de atención ☒ Intervalo de fechas: Del _____ al _____

Información solicitada (Debe poner sus iniciales junto a cada registro solicitado):

_____ Escriba sus iniciales aquí para incluir **TODOS** los tipos de registros indicados abajo ☒ escriba sus iniciales junto a los registros específicos solicitados.

_____ Notas de la historia médica	_____ Notas de progreso	_____ Registros en relación con lesiones específicas con las siguientes fechas: (por ejemplo, lesión de indemnización por accidentes de trabajo)
_____ Historia del paciente	_____ Registros de facturación	
_____ Informes de radiología e imágenes	_____ Consultas con especialistas	
_____ Examen dental	_____ Diagnósticos	
_____ Otro: _____		

Fecha de vigencia de la autorización

_____ Hasta que se cumpla el propósito
 _____ Otra: _____

Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento informando al Departamento de Registros Médicos. Entiendo que, una vez que se revele mi información dental al destinatario, ningún miembro del personal de SCHC podrá garantizar que el destinatario no vuelva a revelar mi información dental a un tercero o según lo exija la ley. El tercero quizá no tenga la obligación de cumplir esta autorización o las leyes de privacidad. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que, si lo hago, mi capacidad para recibir tratamiento no se verá afectada.

Leí y entendí esta autorización, y tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre la revelación de la información dental. Autorizo a SCHC para que use o revele mi información dental de la manera indicada arriba.

Firma del paciente o de la persona autorizada por ley

Fecha

***Nombre y firma del testigo (obligatorio para revelar información de una enfermedad mental o una discapacidad del desarrollo)**

Fecha

Staff Initials: _____