

Clínica Dental

Establecimiento de atención

¿Qué debo traer a mi primera cita?

- Tarjetas de su seguro médico
- Identificación con fotografía, emitida por el estado y vigente
- El pago por la visita de hoy
- Una lista de todos los medicamentos que toma actualmente, tanto con receta médica como de venta libre, incluso suplementos y vitaminas
- Documentación completa de paciente nuevo, descargada de nuestro sitio web o que haya recibido por correo postal
- Solicitud de descuento por escala salarial y prueba de ingresos, si está solicitando nuestro Programa de descuentos por escala salarial
- Radiografías que se hayan tomado en el último año. Si se ha tomado radiografías dentales de toda la boca o panorámicas en los últimos cinco años, tráigalas también. Si las radiografías dentales se enviarán de otra clínica, verifique antes de su cita que las hayamos recibido para evitar retrasos en su cita.

La ley estatal exige que la clínica dental tenga disponible copias de la información solicitada en un período de dos semanas; los originales los guarda el proveedor original.

¿Debo confirmar mi cita?

Como cortesía, le llamaremos con un recordatorio antes de su cita. Debe saber que, si no podemos comunicarnos con usted, le solicitamos que NOS LLAME para confirmar su cita por lo menos **24 horas** antes de la hora de su cita. Sin esta confirmación, su cita puede ser cancelada.

Le pedimos que llegue por lo menos 15 minutos antes de su primera cita para tener tiempo para completar su registro. Los registros atrasados pueden requerir que se programe nuevamente la cita.



Registro del paciente

¿Cómo se enteró de nosotros?

- ☐ Remisión del medico ☐ Recomendación de un amigo / familiar ☐ Páginas amarillas
☐ Periódico (mencione la publicación) _____ ☐ Revista (mencione la publicación) _____
☐ Radio (mencione la estación) _____ ☐ Redes sociales (mencione la aplicación) _____
☐ Búsqueda de Google ☐ Valla publicitaria ☐ Otro: _____

1 Datos demográficos del paciente

Nombre completo: _____		Sobrenombre: _____	
Apellido de soltera / nombre anterior: _____			
N.º de SS: _____		Fecha de nacimiento: _____	
Sexo al nacimiento: ☐ Femenino ☐ Masculino			
Dirección de facturación _____		Ciudad _____	Estado _____
Dirección de la casa _____		Ciudad _____	Estado _____
Teléfono de la casa: _____		Teléfono durante el día: _____	Teléfono celular: _____
Correo electrónico: _____			
Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Pareja doméstica			
Situación laboral: ☐ Empleado ☐ Ama de casa ☐ Jubilado ☐ Estudiante ☐ Desempleado ☐ Discapacitado			
Idioma principal: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Leguaje de señas ☐ Otro: _____			
¿Necesita un intérprete? ☐ Sí ☐ No			
Nombre del contacto de emergencia: _____		Parentesco: _____	
Fecha de nacimiento de contacto: _____		Teléfono: _____	
**Si le gustaría que esta persona pudiera hablar sobre su atención médica o temas de facturación, pida un formulario de autorización.			
Farmacia principal: _____		Farmacia secundaria: _____	

2 Información del seguro: dé sus tarjetas del seguro

Nombre del seguro principal: _____	N.º de póliza: _____
Nombre del titular de la póliza: _____	Fecha de nacimiento: _____
Nombre del seguro secundario: _____	N.º de póliza: _____
Nombre del titular de la póliza: _____	Fecha de nacimiento: _____

3 Únicamente para pacientes menores de edad

Nombre de la madre: _____	Fecha de nacimiento: _____
N.º de SS: _____	Teléfono: _____
Dirección: _____	
Nombre del padre: _____	Fecha de nacimiento: _____
N.º de SS: _____	Teléfono: _____
Dirección: _____	

4 Estadísticas del paciente

Como centro de salud autorizado por el gobierno federal, podemos ofrecer servicios a todos nuestros pacientes, incluso a las personas de escasos recursos, como resultado de las asignaciones de fondos de los subsidios federales. A fin de recibir el dinero de los subsidios debemos recopilar, anualmente, estadísticas sobre los pacientes que atendemos. Esta información es confidencial y será utilizada solo con fines estadísticos. Agradecemos que se tome el tiempo de completar totalmente todas las preguntas de esta sección.

¿Cuál es su condición de vida? ☐ Persona sin hogar ☐ No es persona sin hogar

¿Es usted un trabajador agrícola migrante? ☐ Sí ☐ No

¿Cuál es su raza? ☐ Blanco ☐ Negro / afroamericano ☐ Indio americano / nativo de Alaska
(marque todas las ☐ Indio Asiático ☐ Otro Asiático ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Gamannion o Chamorro
que correspondan) ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Isleño del Pacífico ☐ Samoano ☐ Vietnamita

¿Cuál es su origen étnico? ☐ Chicano ☐ Cubano ☐ Hispano, latino o español ☐ Americano mexicano
☐ Mexicano ☐ Puertorriqueño ☐ Español ☐ No hispano/latino/español conjunto

¿Es usted un veterano? ☐ Sí ☐ No

¿Identidad de género? ☐ Declinó ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Intergénero ☐ Transgénero F a M
☐ Transgénero M a F ☐ Otro

¿Orientación sexual? ☐ Declinó ☐ Heterosexual ☐ Lesbiana / Gay ☐ Bisexual ☐ Otro ☐ No sabe

¿Cuáles son los ingresos brutos anuales de su grupo familiar? _____ ¿Cuántas personas hay en su grupo familiar? _____

5 Política de facturación y cobro

Se espera que los copagos, deducibles y cualquier otra cantidad que no cubra el seguro se paguen al momento de recibir el servicio. Cualquier cantidad que no se reciba en su cita se le facturará en su estado de cuenta mensual. Todos los estados de cuenta vencen por completo al momento de recibirlos a menos que se haya hecho algún acuerdo financiero previo. Los saldos pendientes estarán sujetos al proceso de cobro, lo que puede incluir la asignación a una agencia de cobros externa y posible baja del consultorio médico.

Enviaremos un reclamo a todas las compañías de seguros primarias y secundarias contratadas con excepción de los reclamos de vehículos motorizados y reclamos por compensación de los trabajadores fuera del estado. Es su responsabilidad darnos una copia reciente de sus tarjetas de seguro en cada cita. Ofrecemos un descuento de la cuota con base en sus ingresos y el tamaño del grupo familiar. Pida una solicitud al personal de recepción.

La Oficina de facturación está abierta de lunes a viernes, de 8:00 a. m a 5:00 p. m. Aceptamos las principales tarjetas de crédito/débito, cheques, efectivo y Care Credit en nuestro Centro Dental. Se aplicará una cuota de **\$29** por fondos insuficientes por todos los cheques rechazados.

Por este medio autorizo al Centro de Salud Comunitario de Siskiyou para que dé los servicios al paciente arriba indicado y para que use y revele la información médica o dental según sea requerido para tratamiento, pago, atención médica y operaciones dentales. También asigno a Siskiyou Community Health Center los pagos a los que tengo derecho por gastos médicos, quirúrgicos, de salud conductual o dental. He leído y entiendo la política anterior en relación con mi responsabilidad financiera por todos los servicios que me den ya sea que estén cubiertos por el seguro o no.

Firma del paciente o del representante del paciente

Fecha

6 Política de cita cancelada sin aviso previo

Si no cumple con una cita, no la cancela con 24 horas de anticipación o llega tarde, se considera una "cancelación sin aviso previo". Si no puede llegar a su cita, es su responsabilidad llamar y reprogramar o cancelar la cita.

Pacientes nuevos: si no confirma ni cancela su cita de paciente nuevo al menos 24 horas antes de la hora programada, esto resultará en un estado de "cancelación sin aviso previo". Los pacientes nuevos que no den un aviso de cancelación apropiado para dos (2) citas, no serán elegibles para establecer la atención con nosotros durante doce (12) meses consecutivos.

Pacientes establecidos: si un paciente establecido tiene cuatro (4) "cancelaciones sin aviso previo", se le notificará que ya no es elegible para programar citas futuras y se le atenderá en la clínica el mismo día, sin previa cita.

He leído y entiendo esta política de "cancelación sin aviso previo".

Firma del paciente o del representante del paciente

Fecha

Autorización de divulgación e intercambio de información médica

Información del paciente: *(En letra de molde)*

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Divulgar información a:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Parentesco: _____

Información que se divulgará:

Ponga sus iniciales en todas las que aplican.

_____ Notas de expediente	_____ Informe del hospital	_____ Notas del cuadro dental
_____ Resultados de diagnóstico	_____ Vacunas	_____ Cuadro periodontal
_____ Laboratorio/patología	_____ Consultas de especialista	_____ Radiografías
_____ Medicamento/Farmacia	_____ Facturación	_____ Información de citas

Esta autorización se puede revocar en cualquier momento al proporcionar un aviso por escrito al Siskiyou Community Health Center. Dicho aviso tendrá vigencia inmediatamente después de que lo reciba el personal de expedientes del Siskiyou Community Health Center. Este consentimiento **tendrá vigencia de hasta un (1) año.**

Fecha del consentimiento: _____ Fecha de vencimiento del consentimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Acepto que la información que se divulgue puede tener información que es protegida por las leyes federales y estatales (por ejemplo, abuso de drogas/alcohol, salud mental, VIH/SIDA) y específicamente doy mi consentimiento para divulgar dicha información.

Ponga sus iniciales en cada una que aplique:

_____ VIH/SIDA
 _____ Salud mental
 _____ Abuso de drogas/alcohol

Firma: _____ Fecha: _____

Aviso: privacidad del paciente

La ley nos exige proteger la privacidad de su información médica y que le demos un aviso por escrito que describa:

Cómo podemos utilizar y revelar su información médica y cómo puede acceder a esta información

- Podemos utilizar o revelar su información médica a otros con el fin de dar u organizar su atención médica, el pago de reembolso de la atención que le damos y las actividades administrativas relacionadas con el apoyo de su tratamiento.
- Algunas leyes, reglamentos o circunstancias nos pueden exigir o permitir utilizar y revelar su información médica para ciertos fines sin su autorización. Bajo otras circunstancias, es posible que necesitemos su autorización por escrito (la cual puede revocar después) para utilizar o revelar su información médica.
- Siskiyou participa en el Intercambio de Información de Salud de Reliance (HIE, por sus siglas en Inglés), que es un sistema que transfiere e intercambia Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en Inglés) electrónicamente entre los proveedores de atención médica participantes, como hospitales y consultorios de especialistas, para respaldar las actividades necesarias para fines de tratamiento, pago y operaciones. Reliance es un sistema seguro diseñado de acuerdo con estándares reconocidos a nivel nacional y de conformidad con las leyes federales y estatales que protegen la privacidad y seguridad de la información que se intercambia. Participar en Reliance respalda una mejor atención al brindarle a su equipo de atención médica información más completa y precisa, especialmente en caso de una emergencia. Su PHI está disponible para los proveedores de atención médica autorizados a menos que usted opte por no participar. Si desea optar por no participar, los proveedores de atención médica no podrán buscar sus registros a través del HIE, excepto en el caso de una emergencia médica. Para obtener más información sobre cómo optar por no participar o cancelar una solicitud de exclusión previa, comuníquese con Reliance a support@RelianceHIE.org o llame al (855) 290-5443.
- Como paciente nuestro, usted tiene derechos importantes relacionados con inspeccionar y copiar su información médica que nosotros guardamos, modificar o corregir esa información, obtener un informe detallado de nuestras revelaciones de su información médica, solicitar que nos comuniquemos con usted confidencialmente, solicitar que restrinjamos ciertos usos y revelaciones de su información médica y presentar un reclamo si cree que sus derechos fueron violados.
- Tenemos disponible un **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD** detallado que explica completamente sus derechos y nuestras obligaciones según la ley. Podemos revisar nuestro AVISO de vez en cuando. La fecha de vigencia en la parte inferior derecha de esta página indica la fecha más reciente del AVISO vigente.
- Usted tiene derecho a recibir una copia de nuestro AVISO más reciente vigente. Si aún no ha recibido una copia de nuestro AVISO más reciente, solicítela en la recepción y le daremos una.
- Si tiene alguna pregunta, preocupación o quejas sobre el AVISO o sobre su información médica, comuníquese con el director de privacidad de la Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros de salud (HIPAA) al 1-866-667-2870.

Reconocimiento y consentimiento

Entiendo que Siskiyou Community Health Center (en adelante “Este consultorio médico”) utilizará y revelará mi **información de salud**.

Entiendo que mi **información de salud** puede incluir información tanto creada como recibida por Este consultorio médico. Puede ser en forma de registros escritos o electrónicos o de forma verbal y puede incluir información sobre mis antecedentes médicos, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, recetas médicas y tipos similares de información relacionada con la salud.

Entiendo y acepto que Este consultorio médico puede **utilizar y revelar** mi información de salud para:

- Tomar decisiones sobre mi atención y tratamiento y planificarlos.
- Referir, consultar, coordinar y administrar junto con otros proveedores de atención médica mi atención y tratamiento.
- Determinar mi elegibilidad para el plan médico o cobertura de seguro y enviar facturas, reclamos y otra información relacionada, a las compañías de seguros u otros que pueden ser responsables de pagar una parte o toda mi atención médica.
- Realizar varias funciones administrativas, de las clínicas y comerciales que respalden los esfuerzos de mi médico para proporcionarme, organizar y recibir reembolsos por la atención médica de calidad y a bajo costo.

También entiendo que tengo derecho a recibir y revisar una descripción por escrito de cómo Este consultorio médico manejará mi información de salud. Esta descripción por escrito se conoce como **Aviso de prácticas de privacidad** y describe los usos y las revelaciones de la información de salud creada, las prácticas de información que siguen los empleados, el personal y otro personal de oficina de Este consultorio médico y mis derechos sobre mi información de salud.

Entiendo que el Aviso de prácticas de privacidad puede ser revisado de vez en cuando y que tengo derecho a recibir una copia de cualquier Aviso de prácticas de privacidad revisado. También entiendo que una copia o resumen de la versión más reciente del Aviso de prácticas de privacidad vigente de Este consultorio médico se publicará en las áreas de recepción/espera.

Entiendo que tengo derecho a pedir que no se utilice ni revele una parte o toda mi información de salud en la manera descrita en el Aviso de prácticas de privacidad y entiendo que Este consultorio médico no está obligado por ley a aceptar dichas solicitudes.

Al firmar a continuación, acepto que he revisado y entiendo la información anterior y que he recibido o me han ofrecido una copia del Aviso de prácticas de privacidad.

Por: _____ Fecha: _____
(Firma del paciente)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
(Nombre del paciente en letra de imprenta)

Por: _____ Fecha: _____
(Firma del representante del paciente)

Nombre: _____
(Nombre del representante del paciente en letra de imprenta)

Descripción de la autoridad del representante: _____

Responsabilidad financiera del paciente servicios dentales

Gracias por elegir a Siskiyou Community Health Center para sus necesidades dentales. Estamos comprometidos a darle la atención dental de la más alta calidad posible. Le damos esta información relacionada con nuestra política financiera para ayudarle de una mejor forma a determinar sus beneficios y a entender su responsabilidad financiera.

Seguro Privado

Debemos tener una copia de su tarjeta del seguro dental para verificar la elegibilidad y los reclamos de procesos. Si no recibimos esto, no podremos facturar a su seguro y se considerará que paga por cuenta propia (Self-Pay).

Es su responsabilidad comunicarse con su seguro para determinar si los servicios están cubiertos y la cantidad por la que usted será responsable. Para servicios de tratamiento, le daremos un Plan de tratamiento propuesto indicándole los servicios recomendados y los honorarios estimados. Puede usar este documento cuando se comuniquen con su seguro para ayudarle a determinar la cobertura.

Preguntas que tal vez quiera hacer a su proveedor de seguros:

1. ¿Cubre mi póliza este servicio? Si lo cubre, ¿cuánto cubre mi póliza?
2. ¿Hay un deducible que debo pagar?
3. ¿Hay un límite en la cantidad de veces que puedo tener este tipo de servicio en un año?
¿Cuál es el límite?
4. ¿Qué fechas se consideran mi año de la póliza?
5. ¿Hay un límite en dólares para cualquiera de los servicios?

Después de que determine su responsabilidad financiera estimada, puede comunicarse con nuestro consultorio para confirmar o programar sus citas.

Nos comunicaremos con su seguro antes del tratamiento para verificar la cobertura y determinar si el servicio requiere una autorización previa. De ser así, comenzaremos ese proceso. Si recibimos una denegación de parte de su seguro para la autorización previa, nos comunicaremos con usted. ***Si decide proceder con el servicio, no se le facturará a su seguro y se considerará que paga por cuenta propia el tratamiento*** (consulte las expectativas de pagar por cuenta propia en la página de atrás).

El pago del 50% del costo calculado debe hacerse antes de la primera cita de tratamiento. Si no puede hacer este pago, su cita se cancelará o reprogramará.

Cualquier saldo pendiente de pago después de que el seguro procese el reclamo, se le facturará a usted. ***Esperamos el pago de este saldo en un plazo de 30 días de la fecha del estado de cuenta.***

(Vea el reverso para obtener más información)

Pago Por Cuenta Propia/Tarifa Proporcional

Los servicios que le hayan dado se considerarán 100 % responsabilidad del paciente, menos el descuento de tarifa proporcional para aquellas personas que califiquen.

Para los servicios preventivos (*exámenes, limpiezas, etc.*) podemos darle un rango de precio estimado si lo solicita. Si usted no califica para el Programa de descuento por escala salarial (Sliding Discount Program), pregunte a nuestro personal de registro sobre nuestro programa Una onza de prevención (**Ounce of Prevention Program**). Este programa ofrece servicios con descuento para la atención preventiva.

Para tratamiento (*rellenos, extracciones, coronas, dentaduras postizas, etc.*), le daremos un Plan de tratamiento propuesto indicándole los servicios recomendados y sus honorarios estimados. Puede usar este documento para ayudarle a determinar cuál es el tratamiento que puede pagar.

Se espera el pago completo antes de que se presten los servicios. Si no puede pagar, su cita se cancelará o reprogramará.

Es posible que un plan de pago esté disponible para situaciones aprobadas. Tenga en cuenta que el plan no puede exceder los seis meses y que debe pagarse en su totalidad antes de que se presten otros servicios.

**** IMPORTANTE ****

Todos los Planes de tratamiento propuesto y las estimaciones son **solo estimaciones**. Los servicios y los honorarios pueden estar sujetos a cambio. Haremos todo lo posible por garantizar que usted tenga la información financiera más exacta que necesita para tomar sus decisiones acerca del tratamiento; sin embargo, ***cualquier cambio a los servicios/honorarios estimados se considerará responsabilidad del paciente.***

Historia médica

Nombre del paciente: _____ Historia médica N°: _____

Fecha de Nacimiento: _____

I. Encierre en un círculo la respuesta adecuada (Deje en blanco si no entiende la pregunta)

Sí No ¿Su estado de salud es en general satisfactorio?

Sí No ¿Hubo algún cambio en su estado de salud durante el último año?

Sí No ¿Se encuentra bajo el cuidado de un médico?

Si la respuesta es sí: escriba el nombre y teléfono: _____

¿cuál es la condición médica que padece? _____

Fecha del último examen médico: _____

Sí No ¿Ha estado hospitalizado o ha sufrido alguna enfermedad grave en los últimos tres años?

Si la respuesta es sí: por favor explique: _____

Sí No ¿Ha tenido problemas con algún tratamiento dental en el pasado?

Fecha del último examen dental: _____

Sí No ¿Está experimentando algún dolor en este momento?

Si la respuesta es sí: descríbalos: _____

II. ¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones?:

Sí No	Problemas de sangrado, fácil aparición de hematomas
Sí No	Sinusitis
Sí No	Accidente cerebrovascular, Endurecimiento de las arterias
Sí No	Enfermedad cardíaca
Sí No	Ataque cardíaco, Defectos cardíacos
Sí No	Transfusiones de sangre
Sí No	Soplo cardíaco
Sí No	Prótesis de válvula cardíaca
Sí No	Marcapasos
Sí No	Fiebre reumática
Sí No	Presión arterial alta
Sí No	Articulación artificial
Sí No	Problemas estomacales, úlceras
Sí No	Atención Psiquiátrica

Sí No	Tiroides, enfermedad suprarrenal
Sí No	Diabetes
Sí No	Convulsiones
Sí No	Resequedad de la boca
Sí No	VIH o SIDA
Sí No	Tumores o cáncer
Sí No	Tratamientos de radiación
Sí No	Quimioterapia (píldoras y/o inyecciones)
Sí No	ETS (sífilis, herpes o gonorrea)
Sí No	Artritis, reumatismo
Sí No	Asma, tuberculosis, enfisema, otras enfermedades
Sí No	Hepatitis, otras enfermedades del hígado
Sí No	Enfermedad renal o de la vejiga
Sí No	Osteoporosis

III. ¿Consumo alguno de los siguientes?

Sí No Drogas propósitos recreativos

Sí No Alcohol, cerveza o vino

Sí No Tabaco (pipas, cigarros, cigarrillos, tabaco para mascar)

Sí No Drogas, medicamentos recetados o de venta libre (incluida la aspirina), remedios naturales:

Indique cuáles: _____

V. Todos los pacientes:

Sí No ¿Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad o problema médico que no aparezca en este formulario?

En caso afirmativo, por favor explique:

Sí No **Alergias a: Medicamentos, alimentos, látex:** _____

Según mi saber y entender, respondí todas las preguntas de manera completa y precisa.

Informaré a mi dentista sobre cualquier cambio en mi salud y/o medicamentos.

Firma del paciente / tutor _____

Fecha _____ **Actualización** _____

Firma del dentista _____

Fecha _____ **Actualización** _____

Iniciales del higienista dental _____



Historia médica

Esta sección es sólo para proveedores. *This section for providers only.*

Assessment Notes:

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Recall Review: (Every 6 to 12 Months)

Patient _____ Date _____ Provider _____ Date _____

Patient	Date	Provider	Date
---------	------	----------	------

Patient	Date	Provider	Date
---------	------	----------	------

Autorización para usar o revelar información dental protegida

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

Dirección: _____

Dirección
Ciudad
Estado
Código postal

Proveedor de atención médica que **revelará** la información: _____ 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	
_____ Historia del paciente	_____ Registros de facturación	Registros en relación con lesiones específicas con las siguientes fechas: (por ejemplo, lesión de indemnización por accidentes de trabajo)
_____ 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: _____