

**Autorización para usar o revelar información dental protegida**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Tipo de identificación: \_\_\_\_\_

 Proveedor de atención medica **revelará** la información: \_\_\_\_\_ Persona/Agencia que **recibirá** la información:  **Paciente / Yo**

**Nombre**

Siskiyou Community Health Center (SCHC)  
 1701 NW Hawthorne Ave  
 Grants Pass, OR 97526  
 P: 541-479-6393 F: 541-472-4701

**Nombre**

---

**Dirección**

---

<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>
<b>Teléfono</b>	<b>Fax</b>	

**Propósito de la revaluación:**

\_\_\_\_\_ Transferencia de la atención \_\_\_\_\_ Coordinación de la atención \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

**Fechas solicitadas:**

 \_\_\_\_\_ **Todas** las fechas de atención  Intervalo de fechas: Del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**Tipo de copia solicitada:**
 Memoria USB  Copia impresa  Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**(Solo para uso profesional)**
**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:<br><small>(por ejemplo, lesión de indemnización por accidentes de trabajo)</small> |
| _____ 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 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**
**Iniciales del miembro del personal:** \_\_\_\_\_