



**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR Y DISCUTIR INFORMACIÓN DENTAL**

La ley de privacidad HIPPA requiere que solo estemos autorizados a comunicarnos con los propios pacientes, tutores, proveedores de seguros y médicos de atención primaria, a menos que tengamos autorización por escrito del paciente para comunicarnos con otros en su nombre. Proporcione a todos los miembros de la familia o amigos con los que desea que podamos hablar. **Los cónyuges no se incluyen automáticamente; sus nombres deben indicarse explícitamente a continuación.** Puede optar por no participar marcando la casilla "NO divulgar información" a continuación.

Autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) nombrada(s) a tomar mensajes o hablar con la oficina de Elison Dental Center, en mi nombre con respecto a **(marque todos los artículos autorizados)**.

Nombre de la persona autorizada(s): \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

Citas  Finanzas  Tratamiento dental  Aseguranza  otro \_\_\_\_\_

Nombre de la persona autorizada(s): \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

Citas  Finanzas  Tratamiento dental  Aseguranza  otro \_\_\_\_\_

Nombre de la persona autorizada(s): \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

Citas  Finanzas  Tratamiento dental  Aseguranza  otro \_\_\_\_\_

**NO REVELAR INFORMACIÓN A NADIE**

Entiendo que se requiere mi consentimiento expreso para divulgar cualquier información de atención médica. Con mi firma a continuación, reconozco y comprendo que esta información se mantendrá en mi expediente médico y que los parámetros anteriores permanecerán vigentes hasta que yo los revoque por escrito. Es mi responsabilidad notificar a mi(s) proveedor(es) de atención médica si deseo cambiar uno o más de los contactos mencionados anteriormente.

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

Firma del paciente o representante autorizado: \_\_\_\_\_

Fecha de firma: \_\_\_\_\_