



## Servicios de Gestión de la Información Dental Información de Salud Protegida (PHI)

Este formulario es para el propósito de las divulgaciones hechas a través de la comunicación, el acceso u otros usos de la Información de Salud Protegida (PHI). **Por favor**, tenga en cuenta que esta divulgación de información no incluye las solicitudes de registro a o desde otro consultorio dental, las solicitudes de seguros u otras agencias externas. Las entregas específicas de información deben ser obtenidas y completadas por el paciente para estos propósitos.

Fecha de pedido: \_\_\_\_\_

Yo, (Nombre en letra de imprenta) \_\_\_\_\_ FEC. \_\_\_\_\_, autorizar la divulgación de información sobre mi salud como se describe a continuación.

1. Por este medio doy permiso al Departamento Dental de Community Health Connections para que permita la recepción de lo siguiente a los que se enumeran a continuación:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Recetas escritas               | <input type="checkbox"/> Programar una cita                          |
| <input type="checkbox"/> Radiografías dentales          | <input type="checkbox"/> Dejar un mensaje                            |
| <input type="checkbox"/> Recomendación al especialista  | <input type="checkbox"/> Enviar un recordatorio por mensaje de texto |
| <input type="checkbox"/> Discutir el tratamiento dental |  |

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Entiendo que, si la persona o la filial identificada que recibe la información no es un proveedor de servicios de salud o un plan de salud cubierto por las regulaciones federales de privacidad, la información descrita anteriormente puede volver a ser revelada y dejar de estar protegida por estas regulaciones.

2. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas en relación con este asunto.
3. Esta autorización **expira** el:  
(Fecha) \_\_\_\_\_, o
- Un año a partir de la fecha de esta autorización, o
  - Indefinida

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Representante Personal (si es aplicable): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_