



PERMISSÃO PARA LIBERAR INFORMAÇÕES ODONTOLÓGICAS DO PACIENTE

Se seu, cônjuge, parente ou amigo entrar em contato com o CHC para solicitar datas ou horários de suas consultas, raios-x, informações sobre pagamentos de faturas, seguro, etc, **nós não forneceremos**, nenhuma dessas informações, a menos que você autorize por escrito e assine o documento abaixo:

Nome do Paciente: _____ **Data de Nascimento:** _____

1 - Eu NÃO autorizo compartilhar minhas informações com ninguém

- OU -

2 - Eu autorizo o Departamento Dentário do Community Health Connections compartilhar as informações assinaladas com as pessoas citadas abaixo:

Consultas odontológicas Seguro Dentário Faturamento/Contas Dentárias

Raio-X Encaminhamento para Especialista Discutir Tratamento Odontológico

Outros:

_____ Grau de Relacionamento: _____

_____ Grau de Relacionamento: _____

_____ Grau de Relacionamento: _____

_____ Grau de Relacionamento: _____

Caso entrem em contato por telefone com o escritório para solicitar informações.

POR FAVOR, ASSINE ABAIXO:

Assinatura do Paciente / Responsável: _____ Data: ____/____/____