



Community Health Connections

We take great care of you!

www.chcfhc.org

978-878-8100

www.facebook.com/chcfhc

www.twitter.com/chcfhc

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DENTAL

Autorización para la Divulgación de Información Dental Protegida

Recoger *Correo* *Fax* *Correo electrónico:* _____

Por favor escribe en letra de imprenta

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento
Dirección	Número de seguro social
Ciudad, Estado, Código Postal	Teléfono

Por la presente autorizo a Fitchburg Community Health Center a divulgar mi información de salud dental protegida a:

Nombre	
Dirección	
Ciudad, Estado, Código Postal	Teléfono/Fax

Entiendo que la información sobre mi salud dental puede incluir información *general* relacionada con mis enfermedades transmisibles u otra información que pueda considerar sensible.

Entiendo que esta autorización se refiere a la información obtenida en la fecha firmada o antes. Autorizo la divulgación de la siguiente información para el período:

Desde _____ a través de _____

Registros Dentales

- Todos los registros
- Radiología (Rayos X)
- Notas Clínicas
- Otros: _____

Registros Protegidos por Ley

- Resultados de las pruebas/tratamiento del VIH/SIDA
- Otros (especifique)
- _____

El propósito de la divulgación de esta información es para:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Abogado/caso legal | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) |
| <input type="checkbox"/> Atención dental continua | <input type="checkbox"/> Uso personal |
| <input type="checkbox"/> Reclamación de seguro | <input type="checkbox"/> Pre-empleo |
| <input type="checkbox"/> Traslado de Práctica | |

Instrucciones Adicionales:



Community Health Connections

We take great care of you!

www.chcfhc.org

☎ 978-878-8100

f www.facebook.com/chcfhc

🐦 www.twitter.com/chcfhc

Autorización para la Divulgación de Información de Salud Protegida

Continuación - Página 2

Motivo del traslado de la atención dental: _____

Entiendo que:

- Esta autorización es voluntaria. No tengo que firmar para asegurar el tratamiento a menos que el único propósito del tratamiento sea proporcionar información a un tercero (ejemplo: físico de empleo).
- Puedo inspeccionar o copiar la información que se divulgará según lo dispuesto en el Aviso de Información. Entiendo que se pueden hacer arreglos para inspeccionar mi registro dental o de facturación en el lugar, poniéndose en contacto con el Departamento Dental en la dirección indicada a continuación.
- Cualquier divulgación conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada. Yo libero a Community Health Connections de cualquier responsabilidad legal que pueda surgir de la divulgación o re-divulgación de esta información.
- Tengo el derecho de revocar la autorización en cualquier momento presentando una solicitud por escrito al Departamento de Odontología en la dirección indicada abajo. La revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización.
- La revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley otorgue a mi aseguradora el derecho a impugnar una reclamación bajo mi póliza.

Expiración de la autorización: Salvo que se revoque esta autorización, expirará en la siguiente fecha, evento o condición:

Si no especifico una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización será válida por no más de noventa (90) días a partir de la fecha de la firma a continuación, excepto cuando las regulaciones federales y/o estatales especifiquen lo contrario. En tales situaciones, se aplicará el plazo más corto.

HE LEÍDO Y COMPRENDIDO LAS DECLARACIONES ANTERIORES Y AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA ANTERIORMENTE.

**** NOTA: Por favor, espere de 3 a 4 semanas hábiles para la copia y entrega de los registros ****

Firma del paciente/padre/representante legal	Fecha	Relación con el paciente
Testigo de la firma	Fecha	Identificación (sólo para uso del Centro) <ul style="list-style-type: none"> ● Personal de la oficina ● Otro

Envíe su autorización a:

Community Health Center
326 Nichols Rd., Fitchburg, Ma 01420

Community Health Center
175 Connors St., Gardner, Ma 01440

Community Health Center
14 Manning Ave., Leominster, Ma 01453

ACTION Health Services
130 Water St Suite 4., Fitchburg, Ma 01420