



AUTHORIZATION FOR THE RELEASE OF HEALTH INFORMATION

Nombre del Paciente: _____ SS#: _____

Telefono #: _____ Nacimiento Fecha: ____/____/____

Direccion: _____

Yo autorizo a **EXCELLENT DENTAL. PA, (ED)** a proporcionar la informacion de salud como se indica a:

Persona/ Organizacion: _____

Direccion: _____ Telefono: _____

Y para proposito de formas alternas de comunicacion confidencial el uso de la siguiente direccion de correo electrónico:

EXCELLENT DENTAL .PA, (ED) ofrece a sus pacientes la oportunidad de comunicación vía correo electrónico. Transmitir información vía correo electrónico tiene numerosos riesgos que el paciente debe considerar antes de otorgarnos este consentimiento para estos propósitos. **ED** usara formas razonables de proteger confidencial y seguro la información mandada a usted vía correo electrónico. De todas formas, **ED** no podrá garantizarle proteger confidencial y seguro la comunicación vía correo electrónico y no será en ninguna forma responsable si esta información confidencial es usada inadvertidamente por otros.

Yo comprendo haber leído y completamente entendido el consentimiento de esta forma. Yo comprendo los riesgos asociados con la comunicación vía correo electrónico yo consiento a las condiciones que me han sido dadas. Cualquier pregunta que yo haya tenido me a sido respondida.

Record Medico Fechas Requeridas: _____

Proposito de Entrega: _____
_____ Continuidad de la atencion _____ Seguro _____ Legal _____ Uso Personal _____ Otros Propositos

Check a Box

<input type="checkbox"/> Record Completo	<input type="checkbox"/> Reportes Radiologia
<input type="checkbox"/> Informes de Laboratorio	<input type="checkbox"/> Reporte Patologia
<input type="checkbox"/> Reportes Operatorio	<input type="checkbox"/> Otros (Especifique)

SPECIFIC AUTHORIZATIONS

La siguiente información no puede ser revelada sin la específica autorización dada marcando la caja(s) siguientes

- Abuso o Tratamiento de Droga/ Alcohol
- Informacion de Pruebas Geneticas
- Resultado o Diagnostico VIH/ CIDA o Enfermedades de Transmision Sexual
- Tratamientos de Salud Mental y Notas de Psicoterapia (Revelar Notas de Psicoterapia requiere una autorización por separado

Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento excepto cuando la acción ya ha sido tomada. **Esta autorización y consentimiento vencerá a un año de la firma del presente formulario.**

Su cuidado de salud (o pagos por el mismo) no podrán ser afectados firme o no esta autorización. Una vez que su información sea entregada , la misma ya no estará resguardada por las leyes.)

Firma del Paciente o Representante Legal

Firmado en Fecha: ____/____/____

Nombre en Letra de Molde

Relacion si No es el Paciente: _____

* Si no es la firma del paciente, una copia del documento legal verificando que es el representante del paciente TIENE que ser acompañada con este formulario. Hay una tarifa de hasta \$ 15.00 por la publicación de registros, y el proceso puede demorar de 7 a 14 días hábiles.