

**ALOHA DENTAL GROUP, P.C.
20010 S.W. ALEXANDER STREET
ALOHA, OR 97003**

Authorization Form for Use or Disclosure of Patient Information (Spanish Version)

Ejemplo de formulario de autorización para el uso o la divulgación de información del paciente

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____ N.º de expediente del paciente: _____

Por el presente, autorizo el uso y la divulgación de la información del paciente según se describe a continuación. Entiendo que la información que se divulgue de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del receptor y puede ya no estar protegida por los reglamentos de privacidad de la HIPAA.

Descripción específica de la información del paciente, que se va a utilizar o divulgar:

Propósito(s) de este uso o esta divulgación:

Autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) a realizar este uso o esta divulgación:

Las siguientes personas pueden recibir esta información del paciente:

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, y que mi revocación no se hará efectiva a menos que sea por escrito y la haya recibido el funcionario de privacidad del consultorio en _____. Si revoco esta autorización, mi revocación no afectará ninguna acción tomada por el consultorio odontológico antes de recibir mi revocación por escrito.

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará de ninguna manera mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud ni mi elegibilidad para recibir beneficios.

Esta autorización vence en la fecha indicada a continuación, o cuando ocurra el siguiente evento: _____.

Firma del paciente o del representante personal del paciente:

_____ **Fecha** _____

Si es el representante personal:

Nombre en letra de molde: _____

Firma: _____ Relación con el paciente: _____

Para uso interno solamente: Se le entregó copia de la autorización firmada a la persona:

Fecha: _____

Iniciales: _____