

Harrisburg Pediatric Dentistry

4079 Harris Square Drive | Harrisburg, NC 28015 | 704-377-3688



Autorización Para Recibir Información De Salud

Información Del Paciente

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Numero (____) _____

A petición mía, Harrisburg Pediatric Dentistry puede recibir la siguiente información:

- Registro completo Registros financieros Notas de visita a la oficina
 Rayos X Revisión del registro en el sitio por el paciente

Motivo de Irse:

- Cambio de Dirección Reubicación Transferir a dentista general
 Descontento, por favor explique _____
 Otro, por favor explique _____

Entidad o persona que recibirá la información:

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Numero (____) _____

- Envíe la información a el correo electrónico:
 Para la comunicación por correo electrónico, entiendo que si la información no se envía de manera privada existe el riesgo de que se pueda acceder de forma inapropiada. Aun acepto permitir que se realicen las comunicaciones por correo electrónico.

Esta autorización estará vigente hasta que la información se haya enviado tal como se solicitó o hasta que se complete el curso del tratamiento.

Derechos del Paciente:

- Tengo el derecho de anular esta autorización en cualquier momento.
- Puedo inspeccionar o copiar la información de salud protegida que se divulgará como se describe en este documento.
- Yo entiendo que anulación de esta autorización no es efectiva en casos donde la información ya ha sido divulgada, pero será efectiva lo más pronto posible.
- La información utilizada o divulgada como resultado de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del recipiente y puede que ya no esté protegida por la ley federal o estatal.
- Yo entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi tratamiento no estará condicionado al firmar esta autorización.
- Entiendo que la información divulgada puede incluir un diagnóstico de enfermedad transmisible como el VIH.

Firma del Paciente o Representante Personal _____ Fecha ____ / ____ / ____

Descripción del representante autorizado (adjunte la documentación necesaria)