

PARA SER COMPLETADA POR EL MIEMBRO

Identificación de paciente	Nombre	Apellido	Inicial de Segundo nombre	Otro nombre usado	Fecha de nacimiento
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal	Numero de teléfono

Yo autorizo el que Advantage Dental Services, LLC use y divulgue mi información de salud protegida a:

(Nombre y dirección del receptor o clase de receptores)

Para el(los) propósito(s) de:

(Describa cada propósito de uso/divulgación)

Mi información de salud protegida incluye registros médicos, registros de atención de emergencia y urgencia, estados de cuenta, informes de diagnóstico por imagen, informes de hospital transcritos, notas clínicas de la oficina, informes de laboratorio, registros dentales, informes de patología, registros de terapia física, registros de hospital (incluyendo registros de enfermería y notas de progreso), y cualquier información personal o medica relacionada con el propósito de esta autorización. La información obtenida con esta autorización será utilizada solamente para el propósito definido anteriormente y será limitada a la mínima información necesaria para lograr el propósito.

Si la información que será divulgada contiene cualquier tipo de registros o información enumerada posteriormente, podrían ser aplicables leyes adicionales con relación al uso y divulgación de esta información.

Comprendo y estoy de acuerdo en que tal información será divulgada si coloco mis iniciales en los espacios aplicables al lado del tipo de información para ser incluida con la divulgación:

- Información de pruebas o resultados y registros con relación a VIH/SIDA
- Información de salud mental
- Información de pruebas genéticas
- Información del diagnóstico de drogas/alcohol, tratamiento o referencia

Comprendo que tengo el derecho de negar firmar esta Autorización. Mi negación a firmar esta Autorización no afectara mi inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios de salud, al menos que la información autorizada es necesaria para determinar si cumplo los requisitos para inscribirme en el plan de salud.

Tengo el derecho de revocar esta Autorización por escrito en cualquier momento. Si revoco su Autorización, la información descrita anteriormente ya no será utilizada o divulgada por las razones cubiertas por esta Autorización por escrito. Cualquier uso o divulgación ya realizada con mi permiso no puede ser revocada.

To Improve the Oral Health of All

www.AdvantageDentalServices.com

442 SW Umatilla Avenue Redmond, OR 97756 | TEL: 866.268.9631 | FAX: 541.504.3907

Para revocar esta Autorización, por favor mande una declaración por escrito al Oficial de Privacidad en Advantage Dental Services, LLC PO Box 867, Redmond, OR 97756 e indique que está revocando esta Autorización.

Comprendo que la información utilizada o divulgada de acuerdo con esta Autorización puede ser sujeta a nueva divulgación y ya no estará protegida bajo ley federal. Sin embargo, también comprendo que la ley federal o estatal puede restringir la redivulgación de información de pruebas o resultados de VIH/SIDA, información de salud mental, información de pruebas genéticas e información del diagnóstico de drogas/alcohol, tratamiento o referencia.

Al menos que sea revocada, esta Autorización se mantendrá en vigor y efecto hasta la siguiente (marque uno):

Fecha: _____

O

Evento: _____

en cuyo tiempo esta autorización para usar o divulgar esta información de salud protegida vencerá. Ni la fecha especificada ni el evento excederá un periodo de 24 meses.

He revisado y comprendo esta autorización.

Firma de miembro o Representante

Fecha

Nombre en letra de molde del Representante y relación con el miembro*

*Por favor adjunte documentación legal si usted es el guardián legal o Titular de Poder de Representación.

TODOS LOS ESPACIOS DEBEN SER COMPLETADOS PARA QUE ESTA AUTORIZACION SEA VALIDA. SE LE DEBERA DAR UNA COPIA

DEL FORMULARIO COMPLETADO AL MIEMBRO.