



AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD
A GRUPOS EXTERNOS

1. Yo autorizo a Cornerstone Kids Dental que revele información sobre la salud medica localizada en el expediente de: _____

Numero del Expediente: _____ Fecha de Nacimiento _____

2. La información será revelada a:

3. Organización: _____

Persona de Contacto: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono/Fax/email: _____

Yo autorizo que esta información sea revelada en las siguientes formas:

- Por escrito/Fotocopia/Papel
- Forma electrónica
- Verbal
- Fax
- Otras maneras electrónicas

Propósito de revelación: _____

4. Fechas de Tratamiento: Desde: _____ Hasta: _____

Reportes específicos para revelación:

Yo entiendo lo siguiente:

Yo podré retirar o revocar mi permiso a cualquier momento. Si revoco mi permiso, mi información ya no podrá ser utilizada o revelada por razones cubiertas en esta autorización. Sin embargo, cualquier revelación que se ha hecho con mi permiso no podrá ser regresada. Yo podré revocar esta autorización solo con notificar a Cornerstone Kids Dental por escrito. Mi tratamiento no será basado en completar esta forma de autorización. La información que será revelada por esta autorización podrá ser revelada nuevamente por la persona e organización que la recibe y no podrá ser protegida por los reglamentos de privacidad de Texas o Federales.

Esta autorización se vence dentro de un año, solo que yo especifique otro día: _____

Una fotocopia de ésta autorización es tan válida como la original. Yo quito cualquier responsabilidad legal al individuo o organización nombrada en esta autorización por la revelación del expediente autorizado en esta forma. Yo entiendo que esta autorización es voluntaria, y yo puedo rechazar firmarla. Me darán una copia de esta autorización firmada.

Firma del Paciente (o Representativo del Paciente)

Fecha

Nombre del Paciente o Representativo del Paciente (mano escrito)

Autoridad del Representativo Para Actuar de Parte del Paciente
(Relación al Paciente)