



LIBERACION DE INFORMACION DE HIPAA

Autorización Para Usar o Divulgar Información de Salud Protegida

(¿Ha visto a algún profesional de la odontología en los últimos cinco años? Sí No)

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ SSN: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Celular: _____

Dirección de Correspondencia: _____

Ciudad: _____ Estad: _____ Código Postal: _____

Doy permiso a Rockbridge Area Health Center para que use y (*Escoja una Opción*):

Mandar mis registros de RAHC a Recibir mis registros de

Nombre de las Instalaciones o persona

Número de Teléfono/Numero de Fax

Dirección

Ciudad

Estado

Código Posta

Fechas que van desde _____ a _____
(*Si no se ha especificado una fecha, solo proporcione los últimos 2 años*)

Solicito que la siguiente documentación sea liberada: **(Marque todo lo que corresponda)**

<input type="checkbox"/>	Registros dentales	<input type="checkbox"/>	Imagen
--------------------------	--------------------	--------------------------	--------

El propósito de la divulgación de información a pedido del individuo es: (Marque uno)

<input type="checkbox"/>	Transferencia de Cuidado *	<input type="checkbox"/>	Discapacidad
<input type="checkbox"/>	Seguro	<input type="checkbox"/>	Compensación del Trabajador
<input type="checkbox"/>	Copia Personal	<input type="checkbox"/>	Otra/o:
<input type="checkbox"/>	Abogada/o		

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización enviando mi solicitud por escrito. Además, entiendo que Rockbridge Area Health Center puede volver a divulgar los registros recibidos bajo esta autorización, excepto los registros de Salud Mental que requieren una autorización de divulgación por separado. También entiendo que me puedo negar a firmar esta autorización y es estrictamente voluntario. Pero también entiendo que se necesitan ciertos registros para obtener la mejor Atención Medica de calidad. Entiendo completamente acepto los términos de esta autorización que permanecerá vigentes un año después de la fecha la solicitud menos que se indique lo contrario.

Paciente/Firma del Guardian Legal

Relación al Paciente

Fecha

Por favor envíe radiografías por correo electrónico a dentalxray@rockahc.org