

HIPAA-FORMULARIO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN

Solo para pacientes dentales

Autorización para el uso y compartimiento de información médica privada

Nombre del/de la Paciente: _____	
Fecha de nacimiento: _____	Edad: _____
Número de Seguridad Social: _____	
Teléfono de casa: _____	Teléfono Celular: _____
Dirección/Domicilio: _____	

Yo le doy permiso al Centro de Salud de Rockbridge de usar y compartir con o obtener de

Nombre de la Facilidad o Persona

Número de Teléfono/Fax

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Las siguientes fechas: desde _____ hasta _____

**Si se ha especificado ninguna fecha, proporcione sólo los últimos 2 años.*

Pido que mande los siguientes documentos: **(marque todos los que aplican)**

Documentos Dentales	Imágenes Dentales
------------------------	-------------------

La razón por solicitud para compartir la información solicitada por el individuo es:

Traslado o Continuación de Cuidado	Incapacidad
Seguro	Compensación de trabajador/a
Copia persona	Otro:
Abogado	

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización y se puede actualizar si entrego una solicitud por escrito. También entiendo que El Centro de Salud de Rockbridge puede mandar documentos y registros de nuevo bajo esta autorización, con la excepción de documentos sobre la salud mental, los cuales requieren un formulario de autorización separada. También entiendo que puedo declinar firmar esta autorización y es totalmente voluntario, pero también entiendo que ciertos documentos y registros se necesitan para facilitar el mejor cuidado médico posible. **Entiendo totalmente y acepto los términos de esta autorización.**

Firma del/de la Paciente/Guardia y Custodia Legal

Fecha

Esta autorización será efectiva hasta un año después de la fecha de la solicitud, al menos que se diga algo diferente.

**Regrese al Centro de Salud
Para enviarnos imágenes dentales, use dentalxray@rockahc.org**