

WEST COBB — DENTAL STUDIO —

Autorización para Divulgar Información de Salud Protegida

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Autorizo el uso o la divulgación de la información de salud protegida ("PHI", por sus siglas en inglés) según se describe a continuación.

Descripción de la PHI: Cualquier y todo el contenido del expediente dental, incluyendo diagnóstico, tratamiento, pronóstico, información financiera, de facturación y de seguro.

Autorizo a **West Cobb Dental Studio** a divulgar y/o liberar la PHI descrita anteriormente a la(s) siguiente(s) persona(s):

El propósito de esta solicitud para divulgar y/o liberar la PHI descrita anteriormente es por razones personales. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta Autorización por escrito en cualquier momento notificando a West Cobb Dental Studio mencionada. Dicha revocación no afectará las acciones tomadas por la persona que solicitó la información antes de la fecha en que recibió la revocación por escrito. También entiendo que la información divulgada en virtud de esta autorización puede ser revelada nuevamente por el destinatario y ya no estará protegida por esta norma.

Entiendo que mi proveedor de atención médica no puede condicionar mi tratamiento a la firma de esta Autorización. Sin embargo, si me niego a firmar esta Autorización, entiendo que seré financieramente responsable de cualquier tratamiento dental proporcionado por West Cobb Dental Studio y que seré responsable de presentar cualquier reclamación a mi compañía de seguros dentales.

Autorizo a West Cobb Dental Studio a enviarme mensajes de texto importantes sobre mis citas, actualizaciones de tratamiento y otras notificaciones de salud relevantes.

Esta Autorización vencerá en el momento en que:

___ Me haga financieramente responsable de todos los tratamientos dentales realizados en esta oficina; 0

___ En la siguiente fecha: _____ (dentro de un año a partir de la fecha actual)

Firmado: _____

Fecha: _____