Autorización para divulgar información de salud protegida

THE UNIVERSITY OF IOWA
COLLEGE OF DENTISTRY & DENTAL CLINICS

Este formulario autoriza a los proveedores odontológicos o a los miembros del personal de la Facultad de Odontología para hablar sobre el tratamiento y sus costos financieros con el adulto responsable.

El paciente es: ☐ Minor child ☐ Dependent adult ☐ Adult 18 years or older

Nombre del paciente: _____
Apellido Nombre

Dirección: _____

Teléfono: ( ) _____ - _____

Yo autorizo a las siguientes personas para recibir información sobre el cuidado dental, tratamiento, progreso del tratamiento y costos del tratamiento del paciente registrado en esta hoja. Yo autorizo, específicamente, la divulgación de información de salud protegida (PHI), por sus siglas en inglés, a los siguientes individuos:

Nombre	Teléfono	Relación con el paciente
Nombre	Teléfono	Relación con el paciente
Nombre	Teléfono	Relación con el paciente
Nombre	Teléfono	Relación con el paciente
Nombre	Teléfono	Relación con el paciente

Esta autorización es válida a menos que sea anulada: _____
Date

Este consentimiento puede ser anulado en cualquier momento. Para que esto sea efectivo, es necesario avisar por escrito a la oficina de la administración de la clínica, en esta dirección: Dental Clinic Administration, W440 Dental Science Building South, The University of Iowa College of Dentistry, Iowa City, Iowa 52242-1001. Yo entiendo que cualquier comentario sobre la información protegida que haya sucedido antes de la anulación de mi consentimiento, no supone que mis derechos a la confidencialidad hayan sido vulnerados

Nombre completo	**Firma**
Fecha	Relación con el paciente