**WILKES PUBLIC HEALTH DENTAL CLINIC**

**Autorización de Divulgación de información - Compuesto de Autorizaciones**

|  |  |
| --- | --- |
| * Correo de Voz | * Resultados de laboratorio/radiografías |
| * \*Correo Electrónico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * Finanzas |
| * \*Numero para Mensaje de Texto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * Recordatorios de citas * Información Medica * Notificación de las infracciones |

\*Para comunicación de textos o correo electrónico yo entiendo que si la información no es enviada de una manera segura hay un riesgo de que pueda ser adquirida inapropiadamente. Aun así elijo comunicación por correo electrónico/ o texto.

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fotografía y Medios de Comunicación**

Fotos del paciente nombrado arriba, ya sean recibidas por el paciente o guardián legal, tomadas por empleados de La clínica Dental de Wilkes o por el periódico local pueden ser:

* Publicadas en la oficina de La Clínica Dental de Wilkes
* Publicadas en el sitio web de La Clínica Dental de Wilkes
* Publicadas en el periódico local

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_\_

Mi **Información de Salud Protegida** incluye pero no se limita a:

1. Información que he completado en cualquier documento de la clínica
2. Resumen del tratamiento y los consentimientos
3. Información sobre citas, incluyendo información sobre las citas perdidas y el estatus del paciente
4. Información financiera, incluyendo la cobertura del seguro, saldo de la cuenta, y la situación financiera

**La Clínica Dental de Wilkes tiene la autorización de divulgar información de salud protegida del paciente mencionado arriba, de la siguiente manera/ o a las siguientes personas.**

**Derechos del Paciente:**

* Yo tengo el derecho de revocar/cancelar esta autorización en cualquier momento.
* Yo puedo inspeccionar o pedir una copia de la información de salud protegida que será divulgada como lo describe este documento.
* Si esta autorización es cancelada no afectará la información que ya ha sido divulgada, pero será efectivo de allí en adelante.
* Información usada o divulgada como resultado de esta autorización puede ser divulgada de nuevo por el recipiente de la información y quizás ya no sea protegida por la ley federal o estatal.
* Yo tengo el derecho de reusarme a firmar esta autorización y tomo la responsabilidad de comunicarme directamente con esta oficina incluyendo el confirmar mis citas, etc.

Esta autorización se mantiene vigente hasta que sea revocada por el paciente.

­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Paciente o Guardián Legal

(HIPAA-Compound Release 4-16)