



Chinook Falls Dental

36840 Industrial Way, Suite A, Sandy, OR 97055
503-668-8301

AUTORIZACIÓN PARA USAR Y REVELAR LA INFORMACIÓN DE SALUD

PARTE A: AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Num. Del Paciente: _____ Num. Seguro Social: _____

PARTE B: AL PACIENTE – POR FAVOR LEA LAS SIGUIENTES DECLARACIONES CUIDADOSAMENTE

Propósito de la Autorización: Al firmar este formulario, usted nos dará su autorización para nosotros usar y revelar su información protegida de salud para llevar a cabo su tratamiento, para procesar los pagos, y para las operaciones de cuidados de salud.

Aviso de las Prácticas de privacidad: Ud. tiene derecho a leer nuestro Aviso de las Prácticas de privacidad antes de decidir si firmará esta Autorización. Nuestro Aviso provee una descripción de su tratamiento, el procesamiento de los pagos, y las operaciones de cuidados de salud, de las maneras en que usaremos y revelaremos su información protegida de salud, y otros asuntos importantes acerca de su información protegida de salud. Una copia de nuestro Aviso acompaña esta Autorización. Lo exhortamos a que lo lea cuidadosa y completamente antes de firmar la Autorización.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras practicas de privacidad como ha sido descrito en nuestro Aviso de las Prácticas de Privacidad. Si cambiamos nuestras practicas de privacidad, emitiremos un Aviso de las Prácticas de Privacidad revisado, que contendrá los cambios. Esos cambios se pueden aplicar a cualquier información protegida de salud suy que tengamos.

Ud. puede obtener una copia de nuestro Aviso de las Prácticas de Privacidad, incluyendo cualquier revision a nuestro Aviso, en cualquier momento comunicándose con:

Persona de Contacto: Thao Le _____

Teléfono: 503-668-8301 _____

Dirección: 36840 SE Industrial Way, Sandy, OR 97055 _____

Derecho a Revocar: Usted tendrá derecho a revocar esta Autorización en cualquier momento sometiéndonos una notificación por escrito de su revocación a la Persona de Contacto que aparece en la parte superior. Por favor comprenda que la revocación de esta Autorización no afectará ninguna acción que hayamos tomado contando con esta Autorización antes de recibir su revocación, y que podemos declinar darle o coninuar su tratamiento si revoca esta Autorización.

FIRMA

Yo, _____, he tenido la oportunidad para leer y considerar el contenido de este formulario de Autorización y su Aviso de las Prácticas de Privacidad. Entiendo que, al firmar este formulario de Autorización, estoy dando mi autorización para que ustedes usen y revelen mi información protegida de salud para llevar a cabo el tratamiento, procesar los pagos y para las operaciones de los cuidados de salud.

Firma: _____ Fecha: _____

Si esta Autorización está firmada por el representante personal del paciente en representación del paciente, complete lo siguiente:

Nombre de Representante Personal: _____

Relación con el Paciente: _____

TIENE DERECHO A UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN DESPUÉS DE QUE LA FIRME.

Incluya una Autorización procesada en el expediente del paciente.

REVOCACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN

Revoco mi Autorización para que ustedes puedan usar y revelar mi información protegida de salud para al tratamiento, procesar pagos, y las operaciones de cuidados de salud.

Entiendo que la revocación de mi Autorización no afectará ninguna acción tomada por ustedes contando con mi Autorización antes de que ustedes hayan recibido por escrito este Aviso de Revocación. Entiendo además que ustedes pueden declinar de tratarme o a continuar tratándome después de que yo haya revocado mi Autorización.

Firma: _____ Fecha: _____