

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE



UNC
SCHOOL OF DENTISTRY

**UNC SCHOOL OF DENTISTRY
PATIENT RECORDS
TARRSON HALL CB#7450
CHAPEL HILL, NC 27599-7450**

Teléfono: (919) 537-3515 FAX: (919) 537-3625

AUTORIZO A LA UNIVERSITY OF NORTH CAROLINA SCHOOL OF DENTISTRY (*ESCUELA DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CAROLINA DEL NORTE*), SUS AGENTES Y SUS EMPLEADOS DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA SOBRE MI NIÑO PARA EL DESTINATARIO A CONTINUACIÓN, QUE PUEDE INCLUIR TRATAMIENTO DE ALCOHOL Y ABUSO DE DROGAS. ASESORÍA DE TRABAJO SOCIAL Y PSICOLÓGICA; VIH, SIDA O CRS; Y OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, INCLUIDAS LAS ENFERMEDADES POR TRANSMISIÓN SEXUAL, ENFERMEDADES VENÉREAS, TUBERCULOSIS Y HEPATITIS E INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA; PARA EL PROPÓSITO Y EN LAS CONDICIONES DESIGNADAS EN ESTE FORMULARIO.

TARIFA REQUERIDA: ACEPTO PAGAR LA TARIFA DE \$6.00 DE REPRODUCCIÓN DE REGISTROS, QUE LA LEY FEDERAL PERMITE LA UNC SCHOOL OF DENTISTRY A COBRAR. ESTOR PAGANDO POR EFECTIVO O CHEQUE (ADJUNTO) O LLAMARE AL NUMERO DE CONTACTO ARRIBA CON MI INFORMACION DE TARGETA DE CREDITO. **ENTIENDO QUE LA UNC SCHOOL OF DENTISTRY NO ESTA OBLIGADA A DIVULGAR MI EXPEDIENTE AL DESTINADO HASTA PAGAR MI TARIFA.**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	
Dirección	Ciudad, Estado	Código Postal	Teléfono

Opción de entrega (Elija sólo uno)

ENVIAR POR CORREO:

Destinatario (*Yo o Nombre del Proveedor/Otra Entidad*)

Dirección

Ciudad, Estado, Código Postal

Teléfono

ENVIAR POR CORREO ELECTRÓNICO CIFRADO:

Destinatario

Teléfono

Correo electrónico

LLAMAR PARA RECOGER

Tarrson Hall, Room B0022

Yo o nombre de representante Teléfono

INFORMACIÓN QUE SERÁ DIVULGADA:

Rayos-X/Imágenes

De _____ a _____

FECHAS

Examen y notas de tratamiento

De _____ a _____

Otra Información: _____

PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:

- Continuación de cuidado/Consulta
- Seguro Social/Certificación de Discapacidad
- Compensación a los trabajadores
- Investigación Fiscal/Asunto legal
- Reclamación de seguro/solicitud
- Otro

REVOCACIÓN Y DIVULGACIÓN:

Entiendo que puedo revocar mi autorización escribiendo a la oficina de UNC School of Dentistry Patient Records. La UNC School of Dentistry puede confiar en esta autorización hasta que sea revocada o se cumplan las condiciones. Entiendo que una vez que mi información ha sido revelada, puede que ya no esté protegida de revelaciones posteriores por leyes de privacidad federal o estatal.

ESTIPULACIÓN DE ELEGIBILIDAD: Su elegibilidad para recibir tratamiento no se verá afectada por la firma o el rehusarse a firmar este documento.

PERIODO DE TIEMPO: Espere un período de 10 días laborales para procesar y completar su solicitud.

FIRMA: _____

FECHA: _____

AUTORIZACIÓN FIRMADA POR UN REPRESENTANTE LEGAL DEBE INCLUIR UNA COPIA DE LOS DOCUMENTOS DE TUTELA O PODER DE REPRESENTACIÓN.