



Harvest Dental Farmersville
1704 W Audie Murphy Pkwy

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN HIPAA | FECHA DE NACIMIENTO (DOB):

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN HIPAA

En cumplimiento con la ley federal y estatal, la divulgación de información para cualquier persona de 18 años o más (incluida la información relativa a un cónyuge o hijo adulto), **debe ser autorizada primero**. La autorización incluye la firma del individuo que autoriza la divulgación de su información. La información **no estará disponible** para nadie más que el paciente cubierto (es decir, un miembro, un cónyuge o cualquier dependiente de 18 años o más) sin tener primero esta Autorización de Divulgación de Información archivada. Por ejemplo, si un suscriptor llama para preguntar sobre el estado de una reclamación de un dependiente de 19 años, esa información no se le dará al suscriptor sin el consentimiento por escrito del dependiente. La misma situación es válida para la información entre cónyuges. Sin embargo, los padres tienen derecho a la información sobre los hijos menores de 18 años sin el consentimiento del niño.

Deseo otorgar la autorización	
-------------------------------	--

Información Relativa a la Persona que Autoriza la Divulgación de Su Información

Nombre de la persona que autoriza la divulgación	
Fecha de Nacimiento de la persona que autoriza la divulgación	
Información Personal a divulgar	
La información anterior puede ser divulgada y/o recibida por	

La siguiente es una autorización que permite a Harvest Dental Farmersville divulgar información a quien usted designe. Harvest Dental Farmersville está autorizada a divulgar mi información de beneficios, estado de reclamación(es), historial de reclamación(es), información general de reclamaciones, información del dentista, casos de laboratorio e información de inscripción, a menos que se especifique lo contrario, a los siguientes individuos u organizaciones:

Nombre de la persona/organización a la que la oficina puede divulgar mi información	
Relación de la persona/organización a la que la oficina puede divulgar información	
Número de teléfono de la persona/organización a la que la oficina puede divulgar información	
Deseo añadir una segunda persona/organización	
Nombre de la persona/organización a la que la oficina puede divulgar mi información	
Relación de la persona/organización a la que la oficina puede divulgar información	

Número de teléfono de la persona/organización a la que la oficina puede divulgar información	
Deseo añadir una tercera persona/organización	
Nombre de la persona/organización a la que la oficina puede divulgar mi información	
Relación de la persona/organización a la que la oficina puede divulgar información	
Número de teléfono de la persona/organización a la que la oficina puede divulgar información	
Deseo que este consentimiento	

CONSENTIMIENTO DE AUTORIZACIÓN

Entiendo que puedo revocar el consentimiento en cualquier momento por escrito. Entiendo por qué se me ha solicitado divulgar esta información y soy consciente de que mis derechos como paciente se identifican en el Aviso de Prácticas de Privacidad de la clínica.

Firma del paciente: _____ Fecha: ____/____/_____