

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION DE LA SALUD



THE UNIVERSITY OF IOWA
COLLEGE OF DENTISTRY
& DENTAL CLINICS

Por favor escriba con letra imprenta (excepto firmas) y de respuestas completas (y direcciones) en cada sección.

SECCION A: AUTORIZACION DEL PACIENTE

Nombre: _____ # del Archivo: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Fecha de nacimiento: _____ Últimos 4 dígitos del Seguro Social: _____

¿Volverá el paciente al Colegio de Odontología para tratamiento subsiguiente? ____ Si ____ No ____ Tal Vez

SECCION B: INFORMACION PEDIDA

Por favor, sea consciente de que el archivo dental puede contener material sensible. Existe la opción de enviarle una copia de su archivo dental directamente a usted.

- Radiografías (Fotos de los dientes)
- Notas del progreso (Información de los visitas)
- Reporte de patología

Mandar a: _____ Teléfono: _____

Seleccione Solo Una de las Siguietes Opciones:

- Recoger en el Colegio de Dentistas \$5 Donde: _____ Cuando: _____
- Correo Electronico (E-mail) \$10 Dirección de Correo Electronico: _____
- Correo Normal \$20 Dirección de Correo Normal: _____
- Fax (solo notas de progreso) \$10 Numero de Fax _____

SECCION C: VENCIMIENTO Y REVOCACION

Esta autorización vencerá un año después de la fecha de la firma, a menos que usted especifique el siguiente periodo:
_____ (Fecha)

En esta fecha, una revocación adicional no será necesaria para terminar mi autorización, pero entiendo que yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento al mandar una petición por escrito a: **Central Records, The University of Iowa College of Dentistry, 203 DSB North, Iowa City, Iowa 52242-1001**. Entiendo que la información divulgada antes de la revocación basándose en la autorización otorgada, no constituye una infracción de mis derechos a confidencialidad. Entiendo que puedo revisar la información revelada al contactar: Central Records, The University of Iowa College of Dentistry, 203 DSB North Iowa City, Iowa 52242-1001.

SECCION D: FIRMA DEL PACIENTE

Yo autorizo a La Universidad de Iowa, Colegio de Odontología a divulgar la información dental de la persona mencionada arriba:

Firma del paciente o del representante legal

Fecha

Dirección Ciudad Estado ZIP

Relación del representante legal con el paciente

College of Dentistry Central Records
dent-crec@uiowa.edu

203 Dental Science North
Iowa City, Iowa 52242-1001

Phone: 319-335-7429
Fax: 319-335-7417