



Office for Registration and Records 801 S. Paulina, Room 103 Chicago, IL 60612 (312) 355-1984

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

*** Habrá un costo por procesar copias***

Nombre del Paciente: _____ Núm. de Registro Dental: _____
(Apellido/Nombre/Inicial)

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Teléfono: (____)_____

Por medio de este documento, autorizo que University of Illinois College of Dentistry libere mi expediente dental a:

Persona/Organización/Agencia: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Código Postal _____

Por favor, mande mi expediente electrónicamente a dirección de correo _____

Descripción específica de la información que puede utilizarse/divulgarse:

Radiografías dentales _____ Notas electrónicas de tratamiento _____ Otro *(por favor, especifique)* _____

Fechas de tratamiento: de ____/____/____ a ____/____/____

La información se utilizará/divulgará con el siguiente propósito:

Continuación de tratamiento _____ Uso personal _____ Legal _____ Otro *(por favor, especifique)* _____

Autorizo que University of Illinois libere información sensible como se indica:

Los pacientes de 12 años o mayores, que otorgaron su consentimiento para el tratamiento, deben autorizar la divulgación de información delicada.

SIDA/VIH _____ Abuso de alcohol/drogas _____ Salud Mental/de conducta _____ Agresión sexual _____
Abuso infantil _____ Discapacidades del desarrollo _____

HIB

Comprendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. A menos que lo permita la ley, mi rechazo a firmar no afectará mi habilidad para obtener tratamiento, recibir pagos o la elegibilidad para recibir beneficios.

Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento si presento una notificación por escrito a la persona/organización que proporciona la información. Comprendo que la información que autorizo que la persona o entidad reciba, puede volverse a divulgar y ya no contar con la protección de las normas de privacidad federales.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Representante Legal

Parentesco con el paciente

Firma del Testigo

Parentesco con el paciente

Si no se especifica lo contrario, esta autorización vencerá 90 días después a partir de la fecha de la firma
Entregue esta forma en Office of Registration and Records, oficina 103 o vía fax (312) 413-0947