

MARTINEZ DENTAL SOLUTIONS
AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Yo autorizo a esta institución a discutir con los siguientes familiares o representantes lo siguiente:

Toda mi información médica, que incluye pero no está limitada a records de exámenes, tratamiento, consultas, estado de cuenta, radiografías, historial médico, resultados de laboratorio, diagnósticos y prognosis, notas del doctor y personal, y cualquier otro tipo de información en mi archivo.

Solo los siguientes tipos de información:

La información antes descrita solamente se puede divulgar a las siguientes personas:

Familiar/Representante Personal

Relación

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

Esta autorización permanecerá vigente (marque uno)

Hasta que yo la revoque por escrito.

Hasta _____, 20____.

Entiendo que puedo revocar esta autorización. Para hacerlo, debo notificar por escrito a esta oficina mi deseo de revocarla, indicando la fecha a partir de la cual será efectiva.

Entiendo que tengo derecho a una copia de esta autorización.

Firma del Paciente o Representante Legal:

Nombre del Paciente o Representante Legal:

Fecha: _____