

# Autorización para usar y divulgar información de salud en una publicación

## SOLICITUD PARA USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD

Usted recibió servicios de tratamiento dental en un Centro de tratamiento dental GSDM. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de GSDM (el "Autor") le solicita su permiso para usar su información dental e información sobre los servicios dentales que recibió en los Centros de tratamiento dental GSDM en una publicación en la siguiente revista: \_\_\_\_\_, una revista que se imprime y que está disponible en línea. El Autor no usará su nombre en la publicación. Sin embargo, si su rostro se puede ver en las imágenes publicadas, o si usted ha compartido información sobre el tratamiento dental, es posible que alguien lo reconozca al leer la publicación. Las personas que publican la revista sabrán su nombre porque nos exigen entregarles una copia de este formulario para comprobar que usted ha otorgado el permiso correspondiente.

## LA INFORMACIÓN DE SALUD QUE SE DIVULGARÁ Y USARÁ

El Autor podrá usar la información sobre la enfermedad que usted padece, el diagnóstico, los antecedentes médicos, el tratamiento, la respuesta al tratamiento y demás información similar. Asimismo, podrá usar imágenes tomadas durante el tratamiento, incluidas fotografías, radiografías e imágenes obtenidas con tomografías computarizadas de haz cónico tridimensionales.

## PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN DE SALUD

Las leyes estatales y federales (incluida la HIPAA [Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud]) exigen que los profesionales y el personal de los Centros de tratamiento dental GSDM respeten la confidencialidad de su información de salud, disposición que estos cumplen. Al firmar esta autorización, usted permite al Centro de tratamiento dental GSDM que comparta su información de salud con el Autor, a fin de que este la utilice en un artículo que se publicará en la revista. Una vez que se divulgue su información dental con este fin, esta ya no estará protegida por las mismas leyes y podrá volver a divulgarse.

## PERMITIRNOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN ES UN ACTO VOLUNTARIO

Depende de usted exclusivamente aceptar que el Autor use su información de salud con fines educativos. No es necesario que lo haga. No recibirá ningún pago por permitir que el Autor use dicha información. La decisión que usted tome (sea esta afirmativa o negativa) no afectará la atención médica que reciba en los Centros de tratamiento dental GSDM ni el pago de esta. Tampoco afectará su inscripción en un plan de salud ni los beneficios que puede obtener. El permiso durará hasta tanto nos notifique por escrito que desea revocarlo.

## USTED TIENE DERECHO A REVOCAR ESTA AUTORIZACIÓN

Si firma esta autorización y, luego, cambia de opinión, podrá revocarla si escribe a la siguiente dirección: Henry M. Goldman School of Dental Medicine, Compliance & Quality Management, Office of the Dean, 635 Albany Street, Boston, MA 02118. También puede enviar un mensaje de correo electrónico a [gsdmcomp@bu.edu](mailto:gsdmcomp@bu.edu). Si cancela la autorización, no se verán afectadas las medidas que tomamos antes de recibir la carta, incluida la publicación.

## FIRMA:

*Si firma esta autorización, le permite a la persona cuyo nombre consta anteriormente que use y divulgue su información de salud en una publicación, según se ha descrito.*

*Valoramos su aporte a la educación de los profesionales de la odontología.*

Firma del individuo o del representante legal autorizado

Fecha

Si firma el representante legal autorizado, indicar relación con el paciente