

# Autorización para divulgar expedientes dentales

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Fecha

## AUTORIZO A GSDM A ENVIAR MIS EXPEDIENTES A: (ESCOGER SOLO UNA OPCIÓN)

 MÍ

Dirección

Dpto. o suite n.º

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono

Dirección de correo electrónico o número de fax

 OTRA PERSONA

Nombre

Dirección

Dpto. o suite n.º

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono

Dirección de correo electrónico o número de fax

## PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN:

 Expedientes personales del cliente/paciente A un proveedor de atención médica para que me brinde tratamiento Otras respuestas

Describir:

## EXPEDIENTES QUE SE DIVULGARÁN:

 Radiografías relacionadas con: Imágenes de tomografía  
computarizada de haz cónico  
relacionadas con: Notas sobre la evolución/el  
tratamiento relacionadas con: Facturación/estados financieros Expediente completo Otro (explicar):

## DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL:

Si su expediente médico contiene los siguientes tipos de expedientes, se divulgarán solo si usted coloca sus iniciales junto a cada opción:

 Información sobre la  
prueba de detección  
de SIDA o VIH

 Información sobre  
pruebas genéticas,  
incluidos los resultados

 Información sobre  
enfermedades de  
transmisión sexual

## ENVÍO DE EXPEDIENTES:

A menos que solicite otro formato, le enviaremos sus expedientes (salvo las imágenes de TC) por correo electrónico seguro a la dirección que se especifica anteriormente; las imágenes de TC se enviarán en un CD-ROM, ya que el correo electrónico no puede manipular esa cantidad de datos.

Si usted solicita otro formato, trataremos de cumplir con su pedido.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> El destinatario recogerá los expedientes impresos/el CD personalmente          | <input type="checkbox"/> Correo electrónico común (sin cifrar) a la dirección del destinatario indicada anteriormente |
| <input type="checkbox"/> Enviar al destinatario por correo postal a la dirección indicada anteriormente | <input type="checkbox"/> Otro. Especificar:   |
| <input type="checkbox"/> Enviar al destinatario por fax al número indicado anteriormente                |   |

**Nota:** No recomendamos el correo electrónico común, ya que no estará protegido contra interceptaciones durante su transmisión.

## Entiendo lo siguiente:

1. Esta autorización es voluntaria. Comprendo que el tratamiento que me proporcione este proveedor de atención médica no depende de que yo firme esta autorización. Si no lo hago, no se divulgarán mis expedientes según se indica en esta autorización.
2. Esta autorización vencerá en la fecha que acontezca primero de las siguientes:  
 [ ] o  6 meses después de la fecha de mi firma
3. Tras firmar, podré revocar esta autorización en cualquier momento, por medio de un aviso de revocación por escrito, el cual deberá estar dirigido a GSDM. Sin embargo, dicha revocación no afectará las divulgaciones realizadas de conformidad con esta autorización antes de haber recibido la revocación por escrito.
4. El destinatario podrá volver a divulgar la información que se use o se divulgue en virtud de esta autorización. Es posible que dicha información ya no esté protegida por las normas de privacidad federales ni por otras leyes estatales o federales vigentes.

## FIRMA

Firma del individuo o del representante legal autorizado

Fecha

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

Fecha

## SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Fecha de recepción de la autorización

Recibida por (nombre, puesto)

Fecha de los expedientes provistos

Por (nombre, puesto)

## VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD: MARCAR UNA OPCIÓN

- Los documentos fueron recogidos personalmente por el paciente o por un familiar o amigo de este, conocido por mí.
- El paciente recogió los expedientes personalmente. Verifiqué su identidad por medio de lo siguiente:
- |   |   |                                    |   |
|---|---|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Licencia de conducir | <input type="checkbox"/> Otra identificación: estatal | <input type="checkbox"/> Pasaporte | <input type="checkbox"/> Otras respuestas |
|---|---|------------------------------------|---|
- Envió los expedientes por correo postal tras verificar el nombre y la dirección del destinatario.
- Envió los expedientes por correo electrónico tras verificar la dirección de correo electrónico. Use el correo electrónico cifrado a menos que el paciente haya autorizado por escrito el uso de un correo electrónico no seguro.
- Si la autorización está firmada por el representante legal autorizado del paciente, verifique la copia de la citación judicial u otra documentación en la que conste la autoridad del representante. Si tiene preguntas, comuníquese con un representante del Departamento Jurídico o con el funcionario de privacidad en virtud de la HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud).
- Verifiqué que el expediente médico contuviera documentación que avalara la autoridad del representante legal autorizado.