



# GSDM DENTAL TREATMENT CENTERS

## Autorización para revelar registros dentales

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento	
Dirección postal	N.º de Apto. o Suite	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	Dirección de correo electrónico		Número de fax	

### AUTORIZO QUE GSDM ENVÍE MIS REGISTROS A (ELIJA ÚNICAMENTE UNO)

Yo (A la dirección de correo electrónico dada arriba, a menos que se especifique un método diferente abajo)

Alguien más

Nombre del destinatario u organización autorizada para recibir información

Dirección postal

N.º Apto. o Suite

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono

Número de fax

Dirección de correo electrónico

### PROPÓSITO DE LA REVELACIÓN

Uso personal

Abogado

Otra atención médica

Otro (explicar):

### REGISTROS QUE SE REVELARÁN

Siempre damos dos años de radiografías, tomografías CBCT/CT y notas del progreso. Si quiere un periodo de tiempo diferente, un tipo de registro en especial (por ejemplo, facturas/estados financieros o gráficos periodontales), o un expediente completo, indíquelo en la casilla Otro abajo.

Otro (explicar):

### ENVÍO DE REGISTROS:

Le enviaremos sus registros electrónicamente a la dirección de correo electrónico indicado arriba a menos que solicite otro método aquí. Tenga en cuenta que: Le enviaremos un enlace electrónico para obtener sus registros que estará activo por 30 días. Durante los 30 días, podrá descargar los registros que solicitó. Después de 30 días, el enlace caducará por razones de seguridad.

Otro (explicar):

## REVELACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Marque **SÍ**, **NO**, o **N/A** si quiere que sus registros incluyan cada uno de los tipos de información confidencial mencionados abajo. Debe marcar **SÍ** y su inicial (donde se indique) para que esta información se revele, de lo contrario esta información se redactará y no se revelará (según corresponda).

SÍ	NO	N/A		SÍ	NO	N/A		SÍ	NO	N/A	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Información sobre VIH/Resultados de las pruebas Especifique las fechas de las pruebas: _____ Autorizo específicamente que se compartan los resultados de mis pruebas de VIH y la información relacionada según exija la Ley estatal de Massachusetts. <b>Escriba sus iniciales aquí:</b> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orientación genética/Resultados de la prueba médica. Autorizo específicamente que se comparta la información de mis pruebas/orientación genética que exija la Ley estatal de Massachusetts. <b>Escriba sus iniciales aquí:</b> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Registro de pacientes con trastornos por consumo de sustancias (las normas federales prohíben cualquier revelación de esta información a menos que esté expresamente autorizada por escrito por la persona a la que pertenece o según lo permitido por 42 CFR parte 2.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Violencia doméstica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abuso sexual
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Información relacionada con el diagnóstico o tratamiento del embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trata de personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Información del diagnóstico o tratamiento de salud mental dados por un psiquiatra, psicólogo, enfermero clínico, especialista en salud mental, o Clínico médico autorizado
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consejería/terapia de trabajo social				

## FIRMA

### Entiendo que:

- Esta autorización es voluntaria. GSDM no condiciona el tratamiento o pago por los servicios de atención médica con la firma de esta autorización. Sin embargo, si no la firmo, no se revelarán mis registros según se indica en esta autorización.
- Esta autorización vencerá después de 6 meses.
- Después de firmar esta autorización, puedo revocarla en cualquier momento presentando un aviso de revocación por escrito a GSDM ([dentalrecords@bu.edu](mailto:dentalrecords@bu.edu)); sin embargo, ninguna revocación afectará las revelaciones hechas de acuerdo con esta autorización antes de recibir mi revocación por escrito.
- La información usada o revelada según esta autorización puede volver a revelarse por el destinatario y puede que ya no esté protegida por las normas de privacidad federales ni por otras leyes estatales o federales aplicables (excepto para los registros de pacientes con trastornos por consumo de sustancias).

Declaro bajo pena de perjurio que soy el paciente identificado en este formulario de autorización o el representante legal autorizado y que la información que estoy presentando es verdadera y correcta.

Firma de la persona o del representante legalmente autorizado

Fecha

Nombre de la persona o del representante legalmente autorizado

Si firma el representante legalmente autorizado, especifique la relación con el paciente

ÚNICAMENTE PARA USO DE LA OFICINA

Fecha de recepción de la autorización

Recibida por (nombre, puesto)

Fecha Registros entregados

Por (nombre, puesto)

VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD: MARQUE UNA OPCIÓN

- El paciente o un amigo/familiar del paciente recogió los documentos en persona; verifiqué su identidad.
- Envió los registros por correo después de verificar el nombre y la dirección del destinatario.
- Envió por correo electrónico el enlace para los registros después de verificar la dirección de correo electrónico.

Si la autorización está firmada por el representante legalmente autorizado del paciente, verifique la copia del nombramiento del tribunal u otra documentación de la autoridad del representante. Comuníquese con la Oficina del Asesor Jurídico o con el director de Privacidad de HIPAA, si tiene preguntas.

- Verifiqué que el expediente médico incluya documentación sobre la autoridad del representante legalmente autorizado.