

# Autorización para usar y divulgar información de salud con fines educativos y académicos

## NUESTRA SOLICITUD

El Centro de tratamiento dental GSDM donde usted recibe (o recibirá) tratamiento o servicios dentales es una parte esencial de la School of Dental Medicine (Escuela de Odontología) Henry M. Goldman de Boston University (en adelante, la "Escuela"). La Escuela desea solicitarle que autorice el uso de su información dental y de información sobre los servicios dentales que usted recibió en los Centros de tratamiento dental GSDM para instruir a sus estudiantes y con otros propósitos académicos, tales como presentaciones en conferencias profesionales. No revelaremos su identidad.

## LA INFORMACIÓN DE SALUD QUE PODEMOS USAR

La Escuela podrá usar la información sobre la afección que usted padece, el diagnóstico, los antecedentes médicos, el tratamiento, los medicamentos, la respuesta al tratamiento y demás información relativa a la afección. 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 que comparta su información de salud con la Escuela, a fin de que esta la utilice en un entorno educativo. Una vez que se divulgue su información dental a la Escuela con fines educativos y académicos, esta ya no estará protegida por las mismas leyes y podrá volver a ser divulgada. Sin embargo, el cuerpo docente de la Escuela, sus instructores, personal y estudiantes están obligados a usar la información mínima necesaria con fines educativos y académicos, y a proteger la seguridad y confidencialidad de dicha información de salud.

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

Depende de usted exclusivamente aceptar que la Escuela use su información de salud con fines educativos. No es necesario que lo haga. No recibirá ningún pago por permitir que la Escuela 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 St, 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.

## FIRMA

*Si firma esta autorización, acepta que los Centros de tratamiento dental GSDM divulguen su información de salud a la Goldman School of Dental Medicine, con fines educativos y académicos, según lo descrito anteriormente.*

*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