

DIVULGACIÓN DEL PACIENTE FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN HIPAA

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Autorizo a Elmora Dental Associates a divulgar la información de salud protegida (PHI) del paciente solo en la manera específica, por la razón señalada, y a las personas específicas enumeradas a continuación.

Autorizo a Elmora Dental Associates a enviar películas y / o informes que contengan la PHI del paciente que consiste en nombre, fecha de nacimiento, número de caso, fecha y naturaleza de cualquier historial clínico a otros médicos y proveedores de atención médica que solicitan esta información para realizar un tratamiento y / o consulta sobre la salud dental del paciente.

Autorizo a Elmora Dental Associates a enviar informes que contengan la PHI del paciente que consta de nombre, fecha de nacimiento, número de seguro social, dirección, información del seguro, fecha y descripción de cualquier clínica historial a su departamento de facturación y agencias relacionadas con el departamento de facturación para llevar a cabo la solicitud de pago por tratamiento.

Elmora Dental Associates continuará enviando recordatorios de tarjetas postales; dejar mensajes de voz y mensajes a confirmar, cambie o notifique su cita, a menos que el paciente lo haya solicitado específicamente.

Además de las partes antes mencionadas, Elmora Dental Associates tiene mi permiso para liberar mi registros y PHI a:

1. _____
2. _____

Entiendo y acepto la notificación de privacidad de Elmora Dental Associates. En cualquier momento, una copia completa y detallada de la ley de privacidad HIPAA está disponible para mí si así lo deseo.

En la recepción de la oficina se muestra una copia completa y actualizada del Consentimiento de servicios de HIPAA y tengo se le ha brindado la oportunidad de revisarlo. Cumpló con todas las divulgaciones y políticas especificadas en el mismo. Si yo Si tiene alguna pregunta y / o inquietud sobre este asunto, dirigiré mis inquietudes a la oficina administración.

Nombre y relación con el paciente

Firma

Fecha