



## Formulario de autorización compuesto

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

El propósito de esta autorización es informar al paciente u otras personas con la información pertinente del paciente. El paciente ha solicitado a Borkan Family Dentistry que divulgue la siguiente información sobre el paciente mencionado anteriormente a las entidades nombradas a continuación:

\_\_\_\_ Correo de voz y / o contestador automático      número de teléfono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Correo Electrónico dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Mensaje de texto      número de teléfono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Citas      \_\_\_\_ Instrucciones (Pre / Post Procedimiento / Operación)

\_\_\_\_ Financiero      \_\_\_\_ Resultados de laboratorio / pruebas      \_\_\_\_ Médico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ NPP      \_\_\_\_ Información de incumplimiento de información

\_\_\_\_ Esposa(o) Nombre \_\_\_\_\_ número de teléfono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Otro      Nombre \_\_\_\_\_ número de teléfono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Citas      \_\_\_\_ Instrucciones (Pre / Post Procedimiento / Operación)

\_\_\_\_ Financiero      \_\_\_\_ Resultados de laboratorio / pruebas      \_\_\_\_ Médico \_\_\_\_\_

### Derecho del paciente:

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento y que tengo el derecho de inspeccionar o copiar la información médica protegida que se divulgará como se describe en este documento mediante el envío de una notificación por escrito a Borkan Family Dentistry. Entiendo que una revocación no es efectiva en los casos en que la información ya se ha divulgado, pero será efectiva en el futuro. Entiendo que la información utilizada o divulgada como resultado de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida por las leyes federales o estatales. Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar esta autorización y que mi tratamiento no estará condicionado a la firma. Esta autorización estará vigente hasta que sea revocada por el paciente.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Descripción de la Autoridad del Representante Legal (proporcione la documentación de respaldo)