



GREEN PARK DENTISTRY

J. Andrew Sugg, D.D.S., PA

AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR INFORMACIÓN A LA FAMILIA / AMIGOS

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

J. Andrew Sugg, DDS, PA está autorizado a divulgar información de salud protegida sobre el paciente mencionado anteriormente a las siguientes entidades:

Inicial cada uno que esté sujeto a esta autorización:

Prefiero llamadas de recordatorio de citas vía (elija una): _____ Teléfono _____ Mensaje de texto _____ Correo electrónico

_____ Dejar información en el correo de voz _____ Dar información al cónyuge

_____ Dar información a las siguientes personas: _____

Descripción de la información que se publicará:

_____ Información Financiera _____ Resultados de los rayos X

_____ Otra información: _____

Derechos 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 de salud protegida para ser revelada como se describe en este documento enviando un escrito Notificación a J. Andrew Sugg, DDS, PA. Entiendo que una revocación no es efectiva en los casos en que la La información ya ha sido revelada pero será efectiva en el futuro.

Entiendo que la información utilizada o revelada como resultado de esta autorización puede estar sujeta a la re-divulgación por el receptor y ya no puede ser protegida por una ley federal o estatal.

Entiendo que tengo el derecho de negarme a firmar esta autorización y que mi tratamiento no será

Con la firma de esta autorización. Esta autorización estará vigente y vigente hasta que sea revocada por el paciente o el representante que firma la autorización.

X _____

Firma del paciente o Representante Personal

Fecha

Notificación de prácticas de privacidad

Nuestro aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar información protegida de salud

Información acerca de ti. También proporciona información acerca de sus derechos como paciente de nuestra práctica ya quien puede contactar en nuestra oficina para hacer preguntas sobre nuestras prácticas de privacidad. Al firmar a continuación, acepta que ha tenido la oportunidad de leer nuestro aviso de prácticas de privacidad.

X _____

Firma del paciente o Representante Personal

Fecha