Tots N' Teens Pediatric Dental Specialist

League City: 2950 Gulf Fwy S, Ste A, League City, TX 77573 | Ph (281) 337-3222 | Fax (281) 337-9222
Deer Park: 3317 Center St, Deer Park, TX 77536 | Ph (281) 377-3332 | Fax (281) 377-4741
www.tntdentistry.com | info@tntdentistry.com

Autorización para divulgar información dental / de salud

English: Authorization to Release Dental / Health Information

PACIENTE / PATIENT

Nombre del paciente | Nombre anterior (si aplica) | Fecha de nacimiento | Teléfono

Dirección | Ciudad / Estado / Código postal

SOLICITUD / REQUEST

Marque una opción: ☐ Enviar expedientes DE otro proveedor A Tots N' Teens

☐ Enviar expedientes DE Tots N' Teens A otro proveedor

☐ Darme una copia de los expedientes de mi hijo(a) (padre/madre/tutor)

Oficina de Tots N' Teens: ☐ League City ☐ Deer Park

Otro proveedor / destinatario (Other provider / recipient)

Nombre del proveedor u oficina | Especialidad | Teléfono

Dirección | Ciudad / Estado / Código postal | Fax

INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ / INFORMATION TO BE RELEASED

☐ Todo el expediente dental ☐ Radiografías / imágenes ☐ Notas de tratamiento ☐ Historial médico / de salud

☐ Facturación / seguro ☐ Expediente de ortodoncia

Otro / fechas específicas de servicio

Propósito: ☐ Continuidad de la atención ☐ Uso personal ☐ Seguro ☐ Legal ☐ Otro

VENCIMIENTO / EXPIRATION

Esta autorización vence 180 días después de la fecha de firma, a menos que se escriba aquí una fecha o evento diferente:

Fecha o evento de vencimiento (opcional)

POR FAVOR LEA / PLEASE READ

- Entiendo que la información de salud divulgada bajo esta autorización puede incluir información sobre diagnóstico y tratamiento y, si forma parte del expediente, información sobre enfermedades contagiosas, VIH/SIDA, salud mental o consumo de drogas o alcohol.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante aviso por escrito a Tots N' Teens Pediatric Dental Specialist, excepto en la medida en que ya se hayan tomado acciones basadas en ella. Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad explica cómo revocarla.
- Tots N' Teens Pediatric Dental Specialist no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción ni la elegibilidad para beneficios de mi hijo(a) a que yo firme esta autorización.
- La información divulgada bajo esta autorización puede ser divulgada nuevamente por quien la reciba y es posible que ya no esté protegida por la ley federal de privacidad.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización firmada.

Firma del paciente o padre/madre/tutor legal | Fecha | Parentesco / autoridad para actuar por el paciente

Nombre en letra de molde de quien firma | Uso de oficina: recibido por | Fecha de envío