

AUTORIZACION INDIVIDUAL DEL PACIENTE PARA USAR O COMPARTIR INFORMACION DE LA SALUD PROTEGIDA

Absolute Dental participa en una red de proveedores de la salud que aceptan pagos por servicio dental y otros servicios de la salud por medio de Care Credit y otras formas de financiamiento o plan de pagos con una o varios afiliados a Absolute Dental. Si usted esta interesado en saber más acerca de formas de financiamiento para su tratamiento dental favor de completar la siguiente forma y firmarla. Al hacerlo usted autoriza a Absolute Dental a usar o compartir cierta información de su salud protegida para determinar si pre-califica con una o varias de las formas de crédito que tenemos en Absolute Dental.

1. PACIENTE (O REPRESENTANTE PERSONAL) CONFIRMANDO LA AUTORIZACION

Por favor comparta la siguiente información. Si usted está completando esta forma por un paciente que su información de salud protegida está sujeta a esta autorización, por favor comparta la siguiente información del paciente:

Nombre del Paciente: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Numero Telefónico: _____

Buzón Electrónico: _____

Número de cuenta del paciente _____

2. AUTORIZACION DE USO Y/O DIVULGACION

A firmar esta forma, Yo voluntariamente doy mi autorización de usar o divulgar los siguientes tipos de Información de Salud Protegida, sujeta a los siguientes términos y condiciones:

Información de Salud Protegida en esta autorización: Yo autorizo a Absolute Dental a usar o divulgar los siguientes tipos de Información de la Salud Protegida con el propósito descrito en esta forma:

*Nombre, segundo nombre y apellido.

* Dirección, incluyendo ciudad, estado y código postal.

*Número de teléfono.

*Correo electrónico.

*Número de seguro social.

Quien Puede Usar, Divulgar, o Recibir mi Información de la Salud Protegida: Yo autorizo a Absolute Dental a usar o divulgar mi Información de la Salud Protegida para los propósitos descritos en esta forma. Yo autorizo a los afiliados crediticios de Absolute Dental y a las agencias de consumo el uso de mi Información de Salud Protegida recibida por parte de Absolute Dental con el propósito descrito en esta forma.

Propósito del Uso y divulgación de mi Información de Salud Protegida: Yo Autorizo el uso o divulgación de mi Información de Salud Protegida [ara los siguientes propósitos:

- Permiso a Absolute Dental, Proveedores Afiliados de Crédito y sus negocios asociados de verificar mi historial de crédito para determinar si pre-califico para forma de financiamiento o forma de pago por medio de algún Proveedor de Crédito para pagar mi tratamiento dental en Absolute Dental.
- Permiso a Absolute Dental y Asociados de negocios se me envíe comunicación de propaganda acerca de financiamiento o planes de pago con cualquier Proveedor Crediticio y acepto ser pre-calificado.

3. ELIMINACION DE LA AUTORIZACION

Esta autorización terminara cuando concluya mi tratamiento dental con Absolute Dental. Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento otorgando por escrito esta noticia al Oficial de Privacidad de Absolute Dental. Sin embargo, Yo entiendo que no podre revocar esta autorización o sus acciones hasta que se reciba por escrito la noticia de que quiero revocar esta autorización. Agregando, Yo entiendo que si estoy dando esta autorización como condición para obtener cobertura de aseguranza, y revoco esta autorización, la compañía de mi seguro dental tiene el derecho de disputar mis reclamos bajo la póliza de mi seguro dental.

4. EL FIRMAR ESTA AUTORIZACION NO ES UNA CONDICION PARA SU TRATAMIENTO

Yo entiendo que Absolute Dental no condiciona mi tratamiento dental en la firma de esta autorización. Si yo no firmara esta autorización, Yo podría continuar recibiendo tratamiento dental en Absolute Dental sin ninguna consecuencia o penalidad.

5. POSIBILIDAD DE DIVULGACION POSTERIOR

Yo entiendo que información divulgada bajo esta autorización puede ser divulgada posteriormente por el recipiente. Reglas federales de privacidad puede que no protejan la privacidad de mi información de salud una vez que el recipiente divulgue posteriormente mi información de salud.

6. FIRMA INDIVIDUAL DEL PACIENTE.

Yo he tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de este documento de autorización y estoy de acuerdo con todas las declaraciones en esta autorización. Yo entiendo que, al firmar este documento, yo estoy confirmando mi autorización para usar y/o divulgar mi información protegida de salud descrita en este documento con las personas y/o organizaciones nombradas en este documento. Si no fuera el paciente completando esta forma, Yo declaro que soy el representante personal del paciente y tengo la autoridad legal de firmar esta forma por el paciente y autorizar el uso y divulgación de la Información de salud Protegida del paciente estipulado en esta forma. Toda la información otorgada es verídica y real a mi conocimiento.

Firma: _____ Fecha: _____

Si este documento de autorización es firmado por un representante personal del paciente:

Nombre del representante personal:

Nombre: _____

Firma: _____

Relación con el paciente: _____

Fecha: _____

USTED TIENE EL DERECHO DE OBTENER UNA COPIA DE ESTE DOCUMENTO DESPUES DE HABERLO FIRMADO.