

Autorizacion para liberar informacion de salud protegida

Al firmar este documento, usted esta dando permiso a la Fundacion Dental de Oregon Taxi de los Dientes a dar o recibir de otros proveedores de salud y agencias infantiles los archivos de salud de su hijo. Estos archivos podran ser dados a otro dentista, especialista dental, u otro proveedor de salud para otorgar el mejor cuidado para su hijo que el equipo de el taxi de los dientes recomiende para continuar el tratamiento de du hijo. La informacion podra ser compartida con otra agencia que su hijo este afiliado (como la escuela, Head Start, etc.) para propositos de registro.

Nombre del paciente _____

Yo autorizo:

Dental Foundation of Oregon- Tooth Taxi/ Fundacion dental de Oregon Taxi de los Dientes

PO Box 2448

Wilsonville OR 97070-2448

A recibir de o entregar a el proveedor de salud apropiado o agencia, los registros de mi hijo para facilitar sus necesidades de salud y tratamiento.

Nombre de padre/ responsable

legal _____

(porfavor imprima)



Firma de padre/ representante

legal _____ Fecha _____

Si hay agencias o proveedores que usted NO quiera que se entregue o reciba informacion por favor escriba aca:

HIPAA Reconocimiento de recibir el aviso de practica de privacidad

*Ud puede rehusar a firmar este reconocimiento

Nombre del
paciente _____

Yo, _____
(padre o responsable legal)

He recibido una copia del aviso de practica de privacidad de la Fundacion dental de Oregon El Taxi de los dientes.



Firma de padre/representante legal

_____ Fecha _____

Para uso de oficina:*Nosotros intentamos obtener un reconocimiento por escrito de haber recibido el aviso de practica de privacidad, pero este no fue obtenido debido a: __El individuo re rehusa a firmar, __Barreras comunicacionales impidieron la obtencion de este, __ Una situacion de emergencia nos impidio obtener el aviso, __Otro (Porfavor especifique)