**Autorización para dar de alto información**

**Nombre del paciente** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Triangle Pediatric Dentistry** esta autorizado(a) a dar de alto información protegida de salud del paciente nombrado arriba a las personas nombradas abajo. El propósito es para informarle al paciente o a otras personas que se dirija por las instrucciones del paciente apuntadas abajo, autorizadas por el pariente, guardián legal o represéntate personal.

|  |  |
| --- | --- |
| **Persona a recibir la información.**  Identifique cada persona o objeto que usted aprueba para dejar la información. | **Descripción de la información que quiera dar de alto.** Marque que información se pueda dar a la persona seleccionada en el lado izquierdo de esta sección. |
| Buzón de mensajes  |  Resultados de exámenes de laboratorio/radiografías   Otros\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  Padrastros (Incluya el nombre)  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_ |  Financiero   Información medica incluyendo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  Abuelos (Incluya el nombre)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  Financiero   Información medica incluyendo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  Otra persona(s) (Incluya el nombre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  Financiero   Información medica incluyendo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

##### 

##### **Información de paciente**

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento y que tengo el derecho de inspeccionar o copiar la información protegida de salud del paciente que será revelada como representado en este documento. Yo entiendo que la revocación no aplica cuando ya la información se ha dado pero si será efectivo desde ese día en adelante.

Yo entiendo que la información usada o revelada en resultado de esta autorización puede ser revelada otra vez por el que ha recibido la información y puede que no este protegida por la ley federal o del estado.

*Entiendo que tengo el derecho denegar a firmar esta autorización y que el tratamiento del paciente no será afectado al no firmar.* ***Esta autorización será efectivo hasta que sea revocado por el pariente o guardián legal del paciente.***

**X**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del pariente, guardián legal o representante personal

Descripción de la autorización del represéntate personal (añade documentos necesarios) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_