



www.periodontalhealthassociates.com
525 Leesville Road • Lynchburg, VA 24502 • Phone: 434-455-2444 • Fax: 434-237-2050
contact@periohealthassoc.com

Autorización Del Uso y Confidencialidad de Información de Salud

Yo autorizo la divulgación de mi información personal y de salud relacionada con mi tratamiento con la compañía de seguro, mi dentista general, doctor general, y cualquier otro especialista dental o médico que se considere necesario contactar por los doctores y personal de Periodontal Health Associates.

Adicionalmente, yo autorizo la divulgación de mi información personal y de salud relacionada con mi tratamiento a los siguientes individuos:

Nombre:

Relación con el paciente:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Estoy consciente de que puedo pedir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad cuando me sea necesario revisarla. También puedo anular este consentimiento en cualquier momento al presentar una notificación escrita.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Yo NO autorizo la divulgación de mi información personal y de salud relacionada con mi tratamiento a ninguna entidad o individuo. Yo acepto que por ende seré responsable de tramitar cualquier reclamo de seguro y enviar correspondencia entre cualquier dentista o médico que participe en mi tratamiento.

Estoy consciente de que puedo pedir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad cuando me sea necesario revisarla.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____