

Formulario de autorización de PHI de DDS INC.

Solicitud para que DDS Inc. divulgue PHI para:

Número de Seguro Social del miembro _____ Relación con el miembro _____
(Propio, cónyuge o dependiente)

Nombre _____
(Último) (Primero) (Inicio medio)

Patrocinador del plan _____
(nombre del grupo o sindicato local #)

Persona autorizada:

Autorizo a DDS Inc. a divulgar mi PHI a la siguiente persona:

Nombre _____
(Último) (Primero) (Inicio medio)

DIRECCIÓN

Relación con el paciente _____

Propósito o uso de la divulgación:

Los fines por los cuales la persona autorizada mencionada anteriormente puede tener acceso a mi PHI (marque todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> cualquier propósito	<input type="checkbox"/> coordinación de beneficios	<input type="checkbox"/> elegibilidad	<input type="checkbox"/> reclamos o apelaciones dentales
<input type="checkbox"/> pago o facturación	<input type="checkbox"/> cobertura	<input type="checkbox"/> autorización previa	<input type="checkbox"/> limitaciones, exclusiones o copagos

otro (por favor explique) _____

Período de Vigencia de este Formulario:

Esta autorización es válida por el período que se muestra a continuación: (Marque solo uno)

siempre y cuando sea elegible para beneficios dentales bajo el patrocinador de mi plan actual

solo hasta que la información solicitada se proporcione a la persona autorizada en este formulario

hasta _____ (proporcione una fecha o evento)

hasta que lo cancele enviando un *Cancelación de Autorización* Forma

Reconozco que tuve plena oportunidad de leer y considerar el contenido de este formulario de autorización y el Aviso de prácticas de privacidad del DDS. (adjunto) Entiendo que al firmar este formulario autorizo a DDS Inc. a usar y divulgar mi PHI a la persona indicada como persona autorizada. Además, reconozco que es posible que no se requiera que esta persona trate esta información como confidencial.

Fecha _____

Fecha de firma _____

PROPÓSITO DE ESTE FORMULARIO - A partir del 14 de abril de 2003, el Departamento de Salud y Servicios Humanos, de conformidad con las reglamentaciones de la HIPAA, modificó las normas sobre el uso y la divulgación de registros dentales. Para que DDS Inc use o divulgue su información de salud protegida (**PHI**) a alguien que no sea usted mismo, debe completar este formulario de autorización y devolverlo a la dirección anterior. Salvo que lo permita la ley, DDS Inc. no puede divulgar su PHI a otras personas que no sean las que usted especifique en este formulario.