

## DDS INC. Formulário de Autorização PHI

Solicitação para que a DDS Inc. divulgue PHI para:

Segurança Social do Membro # \_\_\_\_\_ Relação com o Membro \_\_\_\_\_  
(próprio, cônjuge ou dependente)  
Nome \_\_\_\_\_  
(Último) (Primeiro) (Início do meio)  
Patrocinador do Plano \_\_\_\_\_  
(nome do grupo ou união local #)

### Pessoa Autorizada:

Autorizo a DDS Inc. a divulgar minha PHI para o seguinte indivíduo:

Nome \_\_\_\_\_  
(Último) (Primeiro) (Início do meio)

Endereço \_\_\_\_\_

Relacionamento com o paciente \_\_\_\_\_

### Finalidade ou uso da divulgação:

A(s) finalidade(s) para a(s) qual(is) o(s) indivíduo(s) autorizado(s) mencionado(s) acima pode(m) ter acesso ao meu PHI (marque todas as opções aplicáveis)

<input type="checkbox"/> qualquer propósito	<input type="checkbox"/> coordenação de benefícios	<input type="checkbox"/> elegibilidade	<input type="checkbox"/> reivindicações ou apelações odontológicas
<input type="checkbox"/> pagamento ou cobrança	<input type="checkbox"/> cobertura	<input type="checkbox"/> pré autorização	<input type="checkbox"/> limitações, exclusões ou co-pagamentos

outro (por favor, explique) \_\_\_\_\_

### Período Efetivo deste Formulário:

Esta autorização é válida pelo período indicado abaixo: (Marque apenas uma)

\_\_\_ contanto que eu seja elegível para benefícios odontológicos sob o patrocinador do meu plano atual

\_\_\_ somente até que as informações solicitadas sejam fornecidas à pessoa autorizada neste formulário

\_\_\_ até \_\_\_\_\_ (fornecer uma data ou evento)

\_\_\_ até que eu o cancele enviando um Formulário de Cancelamento de Autorização

Reconheço que tive plena oportunidade de ler e considerar o conteúdo deste formulário de autorização e o Aviso de práticas de privacidade do DDS. (anexo) Entendo que, ao assinar este formulário, estou autorizando a DDS Inc. a usar e divulgar minha PHI ao indivíduo listado como o indivíduo autorizado. Eu também reconheço que este indivíduo pode não ser obrigado a tratar esta informação como confidencial.

Assinatura \_\_\_\_\_ Data de assinatura \_\_\_\_\_

*FINALIDADE DESTE FORMULÁRIO*- A partir de 14 de abril de 2003, o Departamento de Saúde e Serviços Humanos, de acordo com os regulamentos da HIPAA, alterou os padrões de uso e divulgação de registros odontológicos. Para que a DDS Inc use ou divulgue suas Informações Protegidas de Saúde (PHI) para alguém que não seja você, você deve preencher este formulário de autorização e devolvê-lo ao endereço acima. Exceto conforme permitido por lei, a DDS Inc. não pode divulgar sua PHI a indivíduos que não sejam aqueles especificados neste formulário.