**Clayton Pediatric DentistryClayton Pediatric DentistryClayton C**

**Authorization Form for Use or Disclosure of Patient Information** **Formulario de Autorización para el Uso o Divulgación de Información del Paciente**

Patient Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date of Birth:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo I hereby authorize the use and disclosure of the patient information as described below.YoYyy autorizo ​​el uso y divulgación de la información del paciente como se describe a continuación. I understand that information disclosed pursuant to this authorization may be subject to redisclosure by the recipient and may no longer be protected by HIPAA Privacy regulations. Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a nueva divulgación por el recipiente y ya no estar protegida por las regulaciones de privacidad de HIPAA.

Specific description of the patient information to be used or disclosed (please circle): Descripción específica de la información del paciente que será utilizada o divulgada (por favor circule uno):

Appointments Account Insurance Medical Dental Citas Cuenta Seguro Médico Dental Other: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Purpose(s) of this use or disclosure Objetivo(s) de este uso o divulgación

* **\_\_\_\_\_\_\_** A t the request of parent/legal guardian/patient (over 18): **\_\_\_\_\_\_\_** A petición del padre / tutor legal / paciente (mayor de 18 años):
* \_\_\_\_\_\_\_ For child â€™ s appointments, including transportation \_\_\_\_\_\_\_ Para citas del paciente, incluyendo el transporte
* \_\_\_\_\_\_\_ To provide, coordinate care and information \_\_\_\_\_\_\_ Para proporcionar, coordinar el cuidado y la información
* \_\_\_\_\_\_\_ O ther:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

The following person(s) may receive this patient information: La siguiente persona(s) puede recibir esta información del paciente:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I understand that I may revoke this authorization at any time by following the directions in the Notice of Privacy Practices. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento siguiendo las instrucciones en el Aviso de Prácticas de Privacidad. I understand that my revocation must be in writing. Entiendo que mi revocación debe ser por escrito. If I revoke this authorization, my revocation will not affect any actions taken by the dental practice before receiving my written revocation. Si revoco esta autorización, mi revocación no afectará ninguna acción tomada por la práctica dental antes de recibir mi revocación por escrito.

I understand that I may refuse to sign this authorization, and that my refusal to sign in no way affects my treatment, payment, enrollment in a health plan, or eligibility for benefits. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que al negarlo, no afectará para nada mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud, o la elegibilidad para los beneficios.

This authorization expires on the following date, or when the following event occurs: Esta autorización expira en la fecha siguiente, o cuando se produce el siguiente evento:

\_\_\_\_ Transport Consent is fulfilled or expired \_\_\_\_\_ other:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ Se cumple o expira el Consentimiento de Transporte \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Signature of Parent/Legal Guardian or Patient (18 or over):** **Firma del padre / tutor legal o del paciente (Mayor de 18 años):**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Date **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Fecha **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Patient (if aged 18 or over)* *Paciente (Mayor de 18 años de edad)*

If Parent/Legal Guardian: **Si los padres / tutor legal:**

Print Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relationship to Patient:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

060105 160114



