

Autorización para la divulgación de información de médica protegida (PHI)



Al completar este formulario, usted le da derecho a ODS Community Dental a usar y compartir su PHI. Por favor llene el formulario con tinta negra o azul y envíelo de vuelta siguiendo las instrucciones al reverso de esta página.

Sección 1: Información del miembro (paciente)

Nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	No. de identificación (ID)
--------	--------------------------------	----------------------------

Sección 2: Autorización

Comprendo que a través de mis servicios como miembro, ODS Community Dental cuenta con PHI acerca de mí. Le doy derecho a ODS Community Dental de usar y compartir mi información con:

Nombre	Relación con el miembro		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Para el siguiente motivo (seleccione uno)

- Discutir toda la información relacionada con mi salud, cobertura, tratamiento y pago.
- Otra razón (especifique): _____

Mi PHI incluye:

- Expedientes médicos
- Estados de facturación
- Reportes de imagenología
- Reportes de laboratorio
- Expedientes dentales
- Expedientes de fisioterapia
- Expedientes de hospital (incluyendo los reportes de enfermería y notas de evolución) y
- Cualquier información personal o médica relacionada con el propósito de esta autorización

Solo se usarán los detalles necesarios de su PHI por las razones mencionadas anteriormente. Si su PHI contiene cualquier información enlistada en los recuadros a continuación, otras leyes podrían aplicar. Al marcar los recuadros a continuación, entiendo y estoy de acuerdo en compartir mi PHI.

- Información y expedientes relacionados con pruebas o resultados con VIH/SIDA
- Información de pruebas genéticas
- Diagnósticos, tratamientos o información relacionados con drogas/alcohol
- Información de salud mental
- Salud reproductiva

Comprendo que mi PHI podría ser compartida y dejar de estar protegida bajo las leyes federales. No obstante, las leyes federales o estatales podrían restringir la re-divulgación de los resultados y pruebas sobre la información marcada anteriormente.

A menos de ser removida, esta autorización permanecerá en vigor y efecto hasta (seccione uno)

Fecha: _____ / _____ / _____ (con un máximo de 24 meses a partir de la fecha de la firma)*

Evento: _____

(El evento tendrá un límite máximo de 24 meses. Enlistar un evento tal como "la Muerte", "el término de la póliza" o "hasta ser revocado" son ejemplos de eventos inválidos, lo que resultará en la devolución de esta autorización como inválida).

*Si no especifica una fecha (o la deja en blanco), la autorización tendrá un límite máximo de 24 meses a partir de la fecha de la firma.

Al firmar a continuación, estoy de acuerdo en haber revisado y comprendido esta autorización

Firma del miembro X	Fecha de la firma
------------------------	-------------------

o

Firma del representante del miembro X	Fecha de la firma
Nombre en letra de imprenta del representante del miembro	Relación con el miembro**

** Si usted es el representante legal, custodio legal, posee un poder notarial o tiene otra autoridad legal sobre el miembro, adjunte por favor la documentación legal.

Todas las secciones de esta autorización deben ser completadas para que se haga válida. El miembro debe conservar una copia de el formulario una vez completado.

¿Está listo para enviar el formulario?

Envíelo por correo postal a:

ODS Community Dental, Privacy Office
601 SW Second Ave., Portland, OR 97204

¿Tiene preguntas? Contacte al servicio de atención al cliente de
ODS Community Dental al 800-342-0526. (Usuarios TTY, marcar al 711)

odscommunitydental.com/members