**Autorización para liberar registros y/o información**

*Tenga en cuenta que, si está enviando esta solicitud por fax o por correo electrónico, le requerimos que envíe una copia de su identificador de fotografía actual que es requerido bajo los reglamentos de HIPAA. Nuestra dirección de correo electrónico y número de fax son los siguientes: 831.454.5415, xrays@dientes.org. Si tiene alguna pregunta, por favor llámanos a 831.464.5409.*

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ha solicitado que liberemos sus registros a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Para completar su solicitud, por favor firme y devuelva la autorización por escrito a nuestra oficina.

Por la presente autorizo a Dientes Community Dental Care que liberen la información en los registros dentales de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor, libere lo siguiente:

* Radiografía
* Plan de Tratamiento
* Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por este medio libero a Dientes Community Dental Care de cualquier responsabilidad relacionada con la divulgación de información confidencial o privilegiada.

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

Firma (paciente o guardián)

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

Dirección Ciudad Estado Zip