



## Formulario de Reconocimiento del Paciente

Yo, \_\_\_\_\_ doy reconocimiento de que he recibido y revisado la póliza de privacidad de la oficina iDental Group.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a iDental Group el revelar mi información de salud protegida y privada a la siguiente persona:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Autorizo que se revele la siguiente información (por favor seleccione):

- A. Mi récord de salud completo (incluyendo, pero no limitado a diagnósticos, servicios, resultados de laboratorio, prognosis, tratamientos, facturación)
- B. Mi récord de salud como mencionado anteriormente, PERO no autorizo que se revele lo siguiente (por favor especifique):

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

\_\_\_\_\_  
Nombre de persona dando autorización

\_\_\_\_\_  
Firma de persona dando autorización

\_\_\_\_\_  
Fecha

En caso de que usted no esté de acuerdo de firmar este formulario, nuestra oficina debe de indicar por que usted decidió no firmarlo. Esta oficina no va a negar tratamiento a nadie basado solamente en que el paciente se reusó a firmar este formulario de reconocimiento.

Razón por la cual paciente se negó a firmar:

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