



Brent D. Johnson, DDS, MS

3901 Pine Lake Road, Suite 250 Lincoln, NE 68516 phone (402) 423-3322 fax (402) 423-3329 www.pediatricdentistrypc.net

Autorización para la Divulgación de Información de registros médicos

Para solicitar la liberación de información médica de Pediatric Dentistry, P.C. a otra oficina o persona, por favor complete y firme éste formulario y envíelo a:

Pediatric Dentistry, P.C.
3901 Pine Lake Road, Suite 250
Lincoln, NE 68516

o usted puede mandar éste formulario a Pediatric Dentistry, P.C. por fax al (402) 423-3329

Nombre del Paciente (apellido,nombre,inicial)_____
Dirección del Paciente _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Número de teléfono () _____
Fecha de nacimiento _____ # de seguro social _____
<u>Propósito del la liberación:</u>
<u>Por favor de enviar la información de los registros médicos a:</u>
Nombre _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Número de teléfono () _____ Correo Electronico _____

Por la presente autorizo a Pediatric Dentistry, P.C. para divulgar la información médica según lo solicitado anteriormente. Soy consciente de que Pediatric Dentistry, P.C. no puede controlar cómo el destinatario usa o comparte la información, y que las leyes que protegen su confidencialidad en Pediatric Dentistry, P.C. no puede proteger esta información una vez que se ha dado a conocer al destinatario. Soy consciente de que Pediatric Dentistry, P.C. puede cobrar una pequeña cuota, de acuerdo con el estatuto de Nebraska 71-8404, para proporcionar una copia de la información médica. La información no será divulgada sin una firma válida por debajo. Esta autorización vencerá 180 días desde la fecha de la firma. Sin embargo, me puede cancelar esta autorización por escrito en cualquier momento. Yo entiendo que Pediatric Dentistry, P.C. continuará brindando la atención, incluso si no autorizo esta versión.

Firma del paciente es necesaria para los pacientes que tienen 19 años o más, o en un estado de menor emancipado o una condición especial según lo definido por la ley. Firma del padre o tutor legal se requiere para los pacientes menores de 19 años sin un estatus emancipado de una condición especial.		
La Firma del Padre o tutor _____	relación al paciente _____	Fecha _____
La Firma del Paciente _____	Fecha _____	
Por favor haga una copia de este comunicado para su archivo.		