



BAY ANESTHESIA
GROUP
THE CARE YOU NEED, WHERE YOU NEED IT

Autorización para la divulgación de información médica

Autorización

Por la presente, autorizo la divulgación de toda la información médica relacionada con el historial médico, la condición mental o física y el tratamiento recibido, a Bay Anesthesia Group. Esta información es imprescindible para que mi anestesiólogo la evalúe de manera efectiva para el tratamiento dental bajo anestesia general.

También autorizo la divulgación de cualquier información de salud recibida por mi anestesiólogo para que se comparta con el proveedor tratante de mis servicios dentales, en caso de que se refiera a mi seguridad y bienestar mientras esté bajo anestesia general.

Mis derechos

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, excepto cuando ya se hayan hecho usos o divulgaciones con base en mi permiso original. Es posible que no pueda revocar esta autorización si su propósito era obtener un seguro. Para revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y enviarlo a la parte reveladora correspondiente.

Entiendo que los usos y las divulgaciones que ya se hayan hecho en base a mi permiso original no se pueden retirar.

Entiendo que es posible que la información utilizada o divulgada con mi permiso pueda ser divulgada nuevamente por el destinatario y ya no esté protegida por los Estándares de privacidad de HIPAA.

Entiendo que el tratamiento de cualquiera de las partes no puede estar condicionado a mi firma de esta autorización (a menos que el tratamiento se busque solo para crear información de salud para un tercero o para participar en un estudio de investigación) y que puedo tener derecho a negarme a firmar esta autorización.

Recibiré una copia de esta autorización después de haberla firmado. Una copia de esta autorización es tan válida como el original.

Firma del paciente o parte responsable

Fecha

Relación de la parte responsable con el paciente