



Office for Registration and Records 801 S. Paulina, Room 103 Chicago, IL 60612 (312) 355-1984

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA**

**\*\* Habrá un costo por procesar copias\*\***

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Núm. de Registro Dental:** \_\_\_\_\_  
(Apellido/Nombre/Inicial)

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Teléfono:** (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_

**Por medio de este documento, autorizo que University of Illinois College of Dentistry libere mi expediente dental a:**

Persona/Organización/Agencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**Por favor, mande mi expediente electrónicamente a dirección de correo** \_\_\_\_\_

**Descripción específica de la información que puede utilizarse/divulgarse:**

Radiografías dentales \_\_\_\_\_ Notas electrónicas de tratamiento \_\_\_\_\_ Otro *(por favor, especifique)* \_\_\_\_\_

**Fechas de tratamiento:** de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**La información se utilizará/divulgará con el siguiente propósito:**

Continuación de tratamiento \_\_\_\_\_ Uso personal \_\_\_\_\_ Legal \_\_\_\_\_ Otro *(por favor, especifique)* \_\_\_\_\_

**Autorizo que University of Illinois libere información sensible como se indica:**

Los pacientes de 12 años o mayores, que otorgaron su consentimiento para el tratamiento, deben autorizar la divulgación de información delicada.

SIDA/VIH \_\_\_\_\_ Abuso de alcohol/drogas \_\_\_\_\_ Salud Mental/de conducta \_\_\_\_\_ Agresión sexual \_\_\_\_\_  
Abuso infantil \_\_\_\_\_ Discapacidades del desarrollo \_\_\_\_\_

**HIB**

Comprendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. A menos que lo permita la ley, mi rechazo a firmar no afectará mi habilidad para obtener tratamiento, recibir pagos o la elegibilidad para recibir beneficios.

**Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento si presento una notificación por escrito a la persona/organización que proporciona la información. Comprendo que la información que autorizo que la persona o entidad reciba, puede volverse a divulgar y ya no contar con la protección de las normas de privacidad federales.**

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Parentesco con el paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Parentesco con el paciente

Si no se especifica lo contrario, esta autorización vencerá 90 días después a partir de la fecha de la firma  
**Entregue esta forma en Office of Registration and Records, oficina 103 o vía fax (312) 413-0947**