



Autorización para entregar expedientes dentales

Consultorio: ☐ **Grand Prairie**
(972) 262-5593☐ **Arlington**
(682) 284-1120☐ **Commerce**
(903) 246-4424☐ **Paris**
(903) 609-0567

Use este formulario para que se envíen expedientes dentales a usted, a otro dentista o médico, o a cualquier otra persona que usted elija.

Nombre del paciente (nombre y apellido)

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Teléfono

Correo electrónico

Dirección

Entregar los expedientes de

Nombre de la persona, dentista o consultorio

Teléfono

Dirección

Fax o correo electrónico

Enviar los expedientes a

Nombre de la persona, dentista o consultorio

Teléfono

Dirección

Fax o correo electrónico

Expedientes que se entregarán

☐ Expediente dental completo☐ Planes de tratamiento☐ Radiografías e imágenes☐ Registros de pagos y facturación

Otros expedientes

Desde la fecha

Hasta la fecha

Formato: ☐ Copia en papel ☐ Copia electrónica

Propósito

☐ Continuar mi atención dental ☐ A petición mía ☐ Seguro ☐ Asunto legal ☐ Otro:



Vencimiento

Esta autorización vence el (fecha)

o cuando ocurra este evento

Si no se llena ninguno de los dos, esta autorización vence un año después de la fecha en que se firma.

Sus derechos

- Puede cancelar esta autorización en cualquier momento entregando un aviso por escrito al consultorio. La cancelación no afecta la información que ya se haya entregado con base en esta autorización.
- Sonria Dentista no condicionará su tratamiento, sus pagos, su inscripción en un plan de salud ni su elegibilidad para beneficios a que firme esta autorización.
- La información que se entregue con esta autorización podría ser compartida nuevamente por la persona u organización que la reciba y quizás ya no esté protegida por la ley federal de privacidad.
- Es posible que se cobre una tarifa razonable basada en el costo de las copias, según lo permite la ley.
- Ley de Texas: si usted pide por escrito una copia de sus expedientes de salud electrónicos, el consultorio se la entregará en formato electrónico dentro de los 15 días hábiles siguientes a la recepción de su solicitud por escrito (Código de Salud y Seguridad de Texas, § 181.102).
- Usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización firmada.

Firma

Firma del paciente o de su representante personal

Fecha

Nombre en letra de molde

Si es representante, autoridad legal (padre/madre, tutor, poder notarial)