

=====

PARTE 4

4. English – Release Using E-mail Any Medical Record to Other Practices

=====

AUTHORIZATION FOR THE RELEASE OF HEALTH INFORMATION

Patient Name: _____ SS#: _____

Telephone #: _____ Date of Birth: _____

_____/_____/_____

Address: _____

I authorize TRUDENT FAMILY DENTISTRY., to release the health information indicated below to:

Person/ Organization: _____

Address: _____

Phone: _____

AND for the purpose of alternative means of confidential communication the use of the following Email Address:

TRUDENT FAMILY DENTISTRY., (TFD) offers patients the opportunity to communicate by email. Transmitting patient information by email has a number of risks that patients should consider before granting consent to use email for these purposes. TFD will use reasonable means to protect the security and confidentiality of email information sent and received. However, TFD cannot guarantee the security and confidentiality of email communication and will not be liable for inadvertent disclosure of confidential information.

I acknowledge that I have read and fully understand this consent form. I understand the risks associated with communication via email and I consent to the conditions outlined herein. Any questions I may have had were answered.

Dates of Medical Record Release:

Reason for Disclosure:

____ Continuing Care ____ Insurance ____ Legal ____ Personal Use
____ Other Reason

Check a Box

Complete Record

Radiology Reports

Lab Reports

Pathology Reports

Other (Specify)

Other (Specify)

SPECIFIC AUTHORIZATIONS

The Following Information will not be released unless you specifically authorize it by marking the relevant box(es) below:

Drug/ Alcohol Abuse or Treatment HIV/ AIDS Test Results or diagnoses Genetic
Testing Information

Psychotherapy Notes (The release of Psychotherapy Notes required a separate authorization)

This consent is subject to revocation at any time except to the extent the action has been taken thereon. This authorization and consent will expire one year from the date of authorization written below.

Your health care (or payment for care) will not be affected by whether or not you sign this authorization. Once your health care information is released, redisclosure of your health care information by the Recipient may no longer be protected by law.

Date Signed: _____/

_____/____

Signature of Patient Or Legal Representative

Relationship if Not Patient: _____
Printed Name

*If other than the patient's signature, a copy of legal paper word verifying the patient's personal representative MUST accompany the request (i.e. court appointed guardian, durable power of attorney for health care).

=====

PARTE 5

5. Spanish – Release Using E-mail Any Medical Record to Other Practices

=====

AUTHORIZATION FOR THE RELEASE OF HEALTH INFORMATION

Nombre Paciente: _____ SS#: _____

Telefono #: _____ Nacimiento

Fecha: ____/____/____

Direccion:

Yo autorizo a TRUDENT FAMILY DENTISTRY., a proporcionar la informacion de salud como se indica a:

Persona/ Organizacion:

Direccion: _____

Telefono: _____

Y para proposito de formas alternas de comunicacion confidencial el uso de la siguiente direccion de correo electrónico:

TRUDENT FAMILY DENTISTRY., (TFD) ofrece a sus pacientes la oportunidad de comunicación vía correo electrónico. Transmitir información vía correo electrónico tiene numerosos riesgos que el paciente debe considerar antes de otorgarnos este consentimiento para estos propósitos. TFD usara formas razonables de proteger confidencial y seguro la información mandada a usted vía correo electrónico. De todas formas, TFD no podrá garantizarle proteger confidencial y seguro la comunicación vía correo electrónico y no será en ninguna forma responsable si esta información confidencial es usada inadvertidamente por otros.

Yo comprendo haber leído y completamente entendido el consentimiento de esta forma. Yo comprendo los riesgos asociados con la comunicación vía correo electrónico yo consiento a las

condiciones que me han sido dadas. Cualquier pregunta que yo haya tenido me a sido respondida.

Record Medico Fechas Requeridas:

Proposito de Entrega:

_____ Continuidad de la atencion _____ Seguro _____ Legal _____ Uso
Personal _____ Otros Propositos

Check a Box

Record Completo

Reportes Radiologia

Informes de Laboratorio

Reporte Patologia

Otros (Especifique)

Otros (Especifique)

SPECIFIC AUTHORIZATIONS

La siguiente información no puede ser revelada sin la específica autorización dada marcando la caja(s) siguientes

Abuso o Tratamiento de Droga/ Alcohol

Resultado o Diagnostico VIH/ CIDA

Informacion de Pruebas Geneticas

Notas de Psicoterapia (Revelar Notas de Psicoterapia requiere una autorización por separado

Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento excepto cuando la acción ya ha sido tomada. Esta autorización y consentimiento vencerá a un año de la firma del presente formulario.

Su cuidado de salud (o pagos por el mismo) no podrán ser afectados firme o no esta autorización. Una vez que su información sea entregada , la misma ya no estará resguardada por las leyes.)

Firmado en Fecha:

_____/_____/_____

Firma del Paciente o Representante Legal

Relacion si No es el Paciente: _____

Nombre en Letra de Molde

* Si no es la firma del paciente, una copia del documento legal verificando que es el representante del paciente TIENE que ser acompañada con este formulario