



### 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 (        ) _____

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	
<b>Por favor haga una copia de este comunicado para su archivo.</b>		