

Consentimiento de HIPAA para divulgar su información de atención médica a familiares, amigos y otras personas involucradas en su atención:

Si lo solicita, podemos divulgar su información de salud a un miembro de su familia u otra persona si es necesario para ayudarlo con su tratamiento y/o pago de los servicios. Según nuestro criterio y según 164.522(a) de HIPAA, podemos divulgar su información a estas personas en caso de una situación de emergencia. También podemos poner a disposición información para que otra persona pueda recoger recetas suministros médicos o dentales, registros o radiografías para usted. Su información puede divulgarse para ayudar a notificar a un familiar, cuidador o representante personal sobre su ubicación, condición o muerte.

Esta información sólo será divulgada a las personas que usted nombre a continuación. Con su firma a continuación, usted otorga permiso al Dr. C. Scott Schmitt, o Dr. Alvaro A. Ramos y/o a cualquier representante de Schmitt Prosthodontics para discutir información, según nuestro criterio, que sea pertinente para su atención.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

Yo, _____ doy mi permiso a C. Scott Schmitt, DMD, MS, PA y/o representantes de Schmitt Prosthodontics para discutir mi información de atención médica con las siguientes personas:

NOMBRE: _____ RELACIÓN: _____

NOMBRE: _____ RELACIÓN: _____

NOMBRE: _____ RELACIÓN: _____

NOMBRE: _____ RELACIÓN: _____

NOMBRE: _____ RELACIÓN: _____