

Autorización Del Paciente

Imprima toda la información, luego firme y coloque la fecha en el formulario en la parte inferior.

Auburn Periodoncia e Implantología:

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Propósito de la solicitud: Autorizo a APID a divulgar o proporcionar mi información médica protegida a las siguientes personas.

Nombre: _____

Número de teléfono: _____

Dirección: _____

- Descripción de la información que se divulgará:
autorizo a APID a divulgar todos mis información de salud protegida a la persona designada.
- Vencimientos de Terminaciones de Autorización: Esta autorización permanecerá vigente hasta que usted, la persona física o jurídica autorice hacerlo por orden judicial.
- Derecho a revocar o cancelar: como se establece en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, usted tiene derecho a revocar o cancelar esta autorización enviando una solicitud por escrito a nuestro Gerente de Práctica. Esto se puede hacer en persona o enviando una solicitud por correo a:

670 North College
Suite D Auburn, AL
36830

A la atención de: Gerente de práctica

Firma del paciente: _____

Fecha: _____