



RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL TEXAS WOMAN'S UNIVERSITY DENTAL HYGIENE PROGRAM
AVISO DE PRACTICAS PRIVADAS AUTORIZACION

Yo, (Nombre) _____, verifico que e recibido una copia del aviso de practicas privadas del programa de Texas Woman's University Dental Hygiene.

Autorizacion para usar o revelar informacion de salud protegida

- Entiendo que por ley federal, Texas Woman's University Dental Hygiene Clinic no puede utilizar o revelar mi informacion de salud, salvo lo dispuesto en la Clinica Dental Hygiene Aviso de practicas de privacidad, sin mi autorizacion. Mi firma en esta autorizacion indica que yo permito el uso y revelaciones de la IPS descrito anteriormente. Por el presente comunicado de la Universidad de Texas Woman's y sus empleados de cualquier y toda responsabilidad que podra suceder del lanzamiento de informacion como he dirigido.
- Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorizacion en cualquier momento. Si deseo revocar esta autorizacion, debe ser escrito y dirigido a la persona o institucion nombrada anteriormente que estoy autorizando divulgar mi informacion. Entiendo que si revoco esta autorizacion, no sera aplicada a informacion ya liberada como resultado de esta autorizacion.
- Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorizacion, tambien entiendo que que si Texas Woman's University Dental Hygiene Clinic no tiene las radiografias necesaria y, o certificacion medica necesaria para tratamiento se me puede negar tratamiento en la clinca.
- Entiendo que una vez que la informacion es divulgada de conformidad con esta autorizacion, sera possible que no estara protegido por la ley federal de privacidad medica y podria ser revelada por la persona o entidad que la recibe.
- Entiendo que podre ser cobrado una cuota por copias de los registros de pacientes y, o duplicados de las radiografias.

Mi firma debajo signfica que e leído una copia de Texas Woman's University's aviso de privacidad de paciente y que **No tengo cambios** de los nombres de doctors, dentistas, y/o contactos a que mi salud o informacion dental podra ser revelada por telefono, correo electronico, fax, o enviar los nombres de doctores, y/o dentistas dado en la forma de historia de salud son los doctores que TWU Dental Hygiene Clinic podra contactar sobre mis preocupaciones dentales o saludarias. Si tengo cambios de doctores, o dentistas que podramos contactar porfavor avisenos. ___(initial)

Por Favor proporcione un nombre de una persona y numero de telefono para comunicarnos sobre su tratamiento en la clinica de TWU Dental Hygiene. Proporcionando esta informacion de un contacto nos ayuda en contactar a esta persona en el caso que no podremos comunicarnos con usted o en el caso de una emergencia en nuestra clinica.

Nombre de contacto : _____ Numero de contacto: _____

_____(Firma)

_____(Firma de testigo) Fecha: _____