



AUTORIZACIÓN PARA TRANSMITIR O SOLICITAR INFORMACIÓN

Para solicitar una copia de su historia clínica o radiografías dentales, sírvase llenar el formulario a continuación y devuélvalo en persona en cualquier consultorio odontológico del programa o envíe un correo electrónico a DENTALRECORDSREQUEST@MONTGOMERYCOUNTYMD.GOV. Las historias clínicas pueden recogerse en persona o ser recibidas por correo electrónico en un lapso de 30 días a partir de la fecha de la solicitud. Es necesario mostrar una identificación con fotografía al momento recoger en persona la historia clínica dental.

CONSULTORIO ODONTOLÓGICO

- Rockville Silver Spring-Fenton Germantown Metro Court Avenida Dennis

Escriba en letra de molde. Utilice un formulario distinto para cada persona o institución a la que se le vaya a transmitir o solicitar algún tipo de información.

Apellido(s)	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
-------------	--------	----------------------------	---------------------	---

1. Autorizo al Programa de Servicios Odontológicos del Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery (DHHS, por sus siglas en inglés) a:

- Enviar Recibir Discutir los asuntos seleccionados a continuación con:

Persona natural o jurídica: _____

Dirección: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Fecha de la historia clínica: desde _____ hasta _____

2. Coloque sus iniciales en la parte izquierda de todos los asuntos que abarca esta autorización.

____ Constancia de prestación de servicios

____ Historia clínica dental completa (antecedentes médicos, evolución del caso, resultados de análisis de laboratorio, órdenes de derivación a otros servicios o especialistas)

____ Radiografías o imágenes dentales (rayos X, fotografías)

____ Ambas (historia clínica y radiografías o imágenes dentales)

3. Motivos por los cuales se transmite o solicita esta información

- Odontológicos Médicos Legales Personales Otros _____

4. Deseo solicitar una copia de mi historia clínica dental bajo la siguiente modalidad:

Buscaré una copia de la historia clínica dental en persona y estoy al tanto de que tengo que mostrar una identificación con fotografía para retirarla.

Solicitaré que me envíen una copia de la historia clínica dental directamente por correo electrónico a la dirección indicada anteriormente.

Solicitaré que le envíen por correo electrónico a mi médico u odontólogo una copia de la historia clínica dental, mediante la dirección de proporcionada.

5. Esta autorización es válida (marque solo una opción que no sobrepase los 12 meses)

- hasta _____ (fecha) por 90 días hasta que ocurra lo siguiente: _____

6. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, mediante una solicitud por escrito, que ha de entregársele al personal del DHHS; y esta entrará en vigor en la fecha en la que el DHHS la reciba y no afectará la información que se haya utilizado o transmitido mientras la autorización estuvo vigente. El DHHS no puede condicionar ningún tratamiento, pago, inscripción ni acceso a los servicios o beneficios con la excusa de que esta autorización esté o no firmada por mi persona, a menos que esta sea necesaria para establecer si cumple o no con los criterios de selección. Entiendo que en caso de que las personas u organizaciones autorizadas a solicitar o utilizar mis antecedentes médicos no estén sujetas a leyes federales o estatales de protección de datos y confidencialidad, existe la posibilidad de que estos queden desprotegidos y ocurra una fuga de información.

Firma del paciente

Fecha

Firma del padre, de la madre, tutor u otra persona autorizada

Fecha

Firma del personal del DHHS

Fecha