



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 cumplo 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