

AUTORIZACIÓN PARA HABLAR SOBRE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Autorizo a Lakeside Dental a hablar sobre mi información médica protegida, incluyendo información sobre citas, recomendaciones de tratamiento, seguro, facturación y pagos, con la(s) persona(s) indicada(s) a continuación.

Persona Autorizada: _____

Relación con el Paciente: _____

Número de Teléfono (Opcional): _____

Persona Autorizada: _____

Relación con el Paciente: _____

Número de Teléfono (Opcional): _____

Persona Autorizada: _____

Relación con el Paciente: _____

Número de Teléfono (Opcional): _____

Esta autorización no permite que la persona autorizada tome decisiones sobre mi atención médica, a menos que dicha persona cuente con autoridad legal independiente para hacerlo.

☐ Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo revocarla en cualquier momento mediante una notificación por escrito a Lakeside Dental. Esta autorización permanecerá vigente hasta que la revoque por escrito.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

☐ **NO** autorizo a Lakeside Dental a hablar sobre mi información médica protegida con ninguna persona que no sea yo, salvo cuando la ley lo permita o lo exija.