

NORDSTROM DENTISTRY

# AUTORIZACIÓN PARA USAR Y REVELAR LA INFORMACIÓN DE SALUD

---

**PARTE A: AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Num. del Paciente: \_\_\_\_\_ Numero Seguro Social: \_\_\_\_\_

**PARTE B: AL PACIENTE—POR FAVOR LEA LAS SIGUENTES DECLARACIONES CUIDADOSAMENTE**

**Propósito de la Autorización:** Al firmar este formulario, usted nos dará su autorización para nosotros usar y revelar su información protegida de salud para llevar a cabo su tratamiento, para procesar los pagos, y para los operaciones de cuidados de salud.

**Aviso de las Prácticas de Privacidad:** Ud. tiene derecho a leer nuestro Aviso de las Prácticas de Privacidad antes de decidir si firmará esta Autorización. Nuestro Aviso provee una descripción de su tratamiento, el procesamiento de los pagos, y los operaciones de cuidados de salud, de las maneras en que usaremos y revelaremos su información protegida de salud, y otros asuntos importantes acerca de su información protegida de salud. Una copia de nuestro Aviso acompaña esta Autorización. Lo exhortamos a que lo lea cuidadosa y completamente antes de firmar la Autorización.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad como ha sido descrito en nuestro Aviso de las Prácticas de Privacidad. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, emitiremos un Aviso de las Prácticas de Privacidad revisado, que contendrá los cambios. Esos cambios se pueden aplicar a cualquier información protegida de salud suya que tengamos.

Un. puede obtener una copia de nuestro Aviso de las Prácticas de Privacidad, incluyendo cualquier revisión a nuestro Aviso, en cualquier momento comunicándose con:

Persona de Contacto: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**Derecho a Revocar:** Usted tendrá derecho a revocar esta Autorización en cualquier momento sometiéndonos una notificación por escrito de su revocación a la Persona de Contacto que aparece en la parte superior. Por favor comprenda que la revocación de esta Autorización no afectará ninguna acción que hayamos tomado contando con esta Autorización antes de recibir su revocación, y que podemos declinar darle o continuar su tratamiento si revoca esta Autorización.