



School of Dental Medicine

UNIVERSITY OF COLORADO ANSCHUTZ MEDICAL CAMPUS

Autorización para publicar información dental

La Escuela de Odontología de la Universidad de Colorado entregará copias del historial dental cuando el paciente las solicite por escrito y pague por ellas. El historial se divulgará si se cumple lo siguiente:

- El paciente DEBE firmar y fechar la solicitud. El uso de este formulario no es obligatorio, pero facilita el procesamiento de las solicitudes.
El formulario debe enviarse aquí: SDMRecords@ucdenver.edu o enviarse por correo a CU School of Dental Medicine-13065 East 17th Avenue, Aurora, CO 80045-c/o Patient Records Department.
- Se deben recibir las tarifas aplicables antes del procesamiento.
- El procesamiento de las solicitudes puede tardar hasta 7 días después de la recepción de las solicitudes rellenas y las tarifas aplicables.
- Se solicitará una identificación en el momento de recoger la copia. Para que alguien que no sea el paciente recoja la copia, necesitará una declaración escrita y firmada por el paciente que identifique a la persona, junto con una identificación.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Información del destinatario del historial (nombre del médico, hospital, persona, agencia u organización)
 Nombre: _____ Número de teléfono: _____
 Dirección: _____
 Correo electrónico (para historiales digitales): _____

Propósito o necesidad para la cual se utilizará la información:

Transferencia de atención Segunda opinión Otro (describir) _____

Información o historial solicitados

Tarifa

(Cheques pagaderos a la Escuela de Odontología de la Universidad de Colorado)

<input type="checkbox"/> Notas sobre el progreso del tratamiento	<input type="checkbox"/> \$0.00 por formato digital	<input type="checkbox"/> \$10.00 por formato impreso
<input type="checkbox"/> Plan de tratamiento más reciente	<input type="checkbox"/> \$0.00 por formato digital	<input type="checkbox"/> \$10.00 por formato impreso
<input type="checkbox"/> Todas las radiografías actuales	<input type="checkbox"/> \$0.00 por formato digital	<input type="checkbox"/> \$20.00 por formato impreso

Tomografía computarizada Cone BEAM:
 (NO disponible en formato digital ni correo electrónico) \$30.00 previa solicitud \$5 envío por correo

Autorización: Solicito y autorizo a la Escuela de Odontología de la Universidad de Colorado a divulgar la información especificada anteriormente a la organización, agencia o persona nombrada en esta solicitud. Entiendo que, a menos que yo indique lo contrario por ESCRITO, la información que se divulgará puede incluir información acerca de las siguientes afecciones: enfermedades psicológicas o psiquiátricas, anemia de células falciformes, abuso de drogas, alcoholismo o abuso del alcohol. Certifico que esta solicitud se realizó de manera voluntaria y la información presentada anteriormente es precisa a mi leal saber y entender. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida que ya se hayan llevado a cabo medidas para cumplir con ello. Quienes reciban la información autorizada anteriormente no deben redivulgar mi historial dental sin mi consentimiento por escrito. Este consentimiento vencerá automáticamente cuando la Escuela de Odontología cumpla esta solicitud.

Fecha _____ Firma del padre, madre o tutor _____