



**NORTH CAROLINA
ENDODONTICS**

**Haris Iqbal, DDS, MSD
Tumare Iqbal, DDS, MS, CAGS**

Autorización Para Divulgar Información

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

North Carolina Endodontics está autorizado para divulgar información médica protegida sobre el paciente mencionado anteriormente de la siguiente manera y a las personas identificadas.

Entidad para recibir información Comprueba cada persona/entidad que apruebe para recibir información.	Descripción de la información que se publicará. Marque cada uno que se le pueda dar a la persona/entidad a la izquierda en la misma sección..
--	---

Mensaje de voz

Otra persona (s) (Damenos nombre y número de teléfono)

Financiero
 Medico

Comunicación por correo electrónico-Ponga dirección de correo electrónico*

Financiero
 Medico
 Recordatorios de la cita
 Notificación de incumplimiento

*Para que se produzca la comunicación por correo electrónico, por favor acepte la siguiente:

Para el correo electrónico entiendo que si la información no se envía de una manera cifrada hay un riesgo de que se pueda acceder de manera inapropiada. Todavía elijo recibir comunicación por correo electrónico como seleccionado.

Derechos del paciente:

- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.
- Puedo inspeccionar o copiar la información médica protegida que se divulgará como se describe en este documento.
- La revocación no es efectiva en los casos en que la información ya ha sido divulgada, pero será efectiva en el futuro.
- La información utilizada o divulgada como resultado de esta autorización puede estar sujeta a divulgación por parte del destinatario y ya no puede estar protegida por la ley federal o estatal.
- Tengo derecho a negarme a firmar esta autorización y que mi tratamiento no esté condicionado a la firma.

Esta autorización permanecerá en vigor hasta que sea revocada por el paciente.

_____ Fecha _____

Firma del paciente o representante personal

*Descripción de la Autoridad del Representante Personal (adjunte la documentación necesaria)

8320 Litchford Rd, Suite #158 * Raleigh, NC 27615 * O: 919-813-7800 * F: 919-813-7801

Reviso Oct 2014