

# COMPLETE DENTAL CARE

Tuyet Huynh, DDS  
Family & Cosmetic Dentistry

## CONSENTIMIENTO PARA DAR INFORMACION DE MI RECORD DENTAL

Yo, \_\_\_\_\_, doy autorizacion para dar copias de mi informacion y record dental, con el proposito del cuidado del paciente, por la oficina de la Dra. Tuyet Huynh, Complete Dental Care a:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Yo entiendo que:

1. Esta autorizacion es voluntaria, puedo reusarme a firmar, sin afectar mi cuidado dental o el pago por mi tratamiento dental.
2. Tengo el derecho de solicitar una copia de esta forma despues de firmar, y revisar cualquier Informacion que sea usada y/o entregada bajo esta autorizacion.
3. Yo puedo revocar esta autorizacion previa notificacion a la Dra. Tuyet Huynh por escrito. De todas maneras, si esto no fue afectado con ninguna accion tomada antes de la revocacion.
4. Si la persona o organizacion autorizada de recibir esta informacion no esta en el plan de salud, la informacion no sera protegida por la Regulacion Federal de Privacidad.
5. Yo recibire una copia de mi record. El original es propiedad de la Dra. Tuyet Huynh DDS, y sera mantenido en la oficina de acuerdo a las leyes estatales de Texas.

Tipo de informacion entregada:

- Record dental completo  
 Plan de tratamiento actualizado  
 Informacion financiera  
 Copias de mis radiografias  
 Otros: \_\_\_\_\_

En adicon, yo autorizo dar esta informacion incluyendo historia medica relacionada a:

\_\_\_\_ HIV/SIDA      \_\_\_\_ Drogas o abuso de alcohol

Esta autorizacion tiene una validez de 180 dias, desde la fecha que sea firmada.

\_\_\_\_\_  
(Nombre del paciente)                      (SSN)                      (Fecha de nacimiento)

\_\_\_\_\_  
(Nombre del padre o apoderado)                      (Fecha de hoy)