

Las leyes de privacidad del paciente (HIPAA) dicen que nuestra oficina (Z dentistry) no puede discutir ninguna parte de su cuidado dental o cuentas con ninguna persona a menos que tengamos su permiso por escrito. Esta infomacion incluye:

- Horario de su cita y razones por la cita.
- Pruebas y resultados de pruebas.
- Cuentas y si usted es paciente de Z dentistry.

Porfavor especifique las personas con las que podemos compartir su informacion.

Yo, _____, autorizo al medico y al personal de Z dentistry a dar mi informacion personal a las siguientes personas:

Nombre	Relacion	Telefono
--------	----------	----------

Nombre	Relacion	Telefono
--------	----------	----------

Nombre	Relacion	Telefono
--------	----------	----------

Nombre	Relacion	Telefono
--------	----------	----------

Yo NO autorizo que mi informacion personal sea compartida fuera de Z dentistry.

Firma de Paciente or Guardian Legal

Fecha