

# FORMA DE CONSENTIMIENTO LEFAL A LA PRIVACIDAD DEL PACIENTE

(FORMA 100)

Yo \_\_\_\_\_, con numero de Seguro Social, \_\_\_\_\_  
fecha de nacimiento \_\_\_\_\_, autorizo y doy mi consentimiento a *CROWN DENTAL* a otorgar informacion sobre mi tratamiento Medico/Dental, Incluyendo mi historial medico/dental, reportes fisicos y radiograficos, asi como reportes de laboratorio. Se incluiran los progresos en mi tratamiento y opiniones relevantes acerca de alguna dependencia quimica o abuso de alcohol, al igual que enfermedades mentales o contagiosas como el SIDA, virus de HIV, (esto incluye cualquier menor a mi cuidado).

Entiendo que las operaciones de esta oficina de *CROWN DENTAL* seran grabadas visual y audio por una red virtual privada. Yo autorizo dicha grabacion.

Esta forma tiene como proposito autorizar y obtener tratamiento medico/dental o pago por servicios prestados.

Entiendo que la copia firmada por mi persona de este formulario o es valida y original, y puede ser usada como documento legal.

Al firmar este formulario, doy mi autorizacion a que *CROWN DENTAL* de acceso a informacion pertinente a mi tratamiento medico/dental a cualquier entidad medico/dental a cualquier entidad medica o gubernamental que la requiera.

Entiendo que tengo el derecho de analizar cualquier peticion de mi historial medico/dental y a revocar o restringir este formulario en el futuro.

Firma el dia \_\_\_\_\_, mes de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma (Madre,Padre/Guardian)

\_\_\_\_\_  
Nombre (Madre,Padre/Guardian)

Favor de indicar restricciones:

---

---

---

---