



**Endodontists**

Dr. Iván E. Rodríguez  
Dr. Adalí Efraín Vélez  
Dr. Ernesto G. Treviño

**www.valleyendopractice.com**

1610 E. Harrison Ave.  
Suite A  
Harlingen, TX 78550  
(956) 412-9500  
(956) 412-1146 fax

5421 S. McColl Rd.  
Stoneridge Business Park  
Edinburg, TX 78539  
(956) 994-9500  
(956) 686-4095 fax

**AUTORIZACION PARA DAR A CONOCER MI INFOMACION DE SALUD**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

You autorizo al consultorio de Iván E. Rodríguez, D.M.D., Adalí Efraín Vélez, D.M.D., Ernesto G. Treviño, D.D.S., & Kayla Tavares, D.D.S., para dar a conocer mi infomación de salud.

- Notas
- Reportes
- Radiografías
- Cualquier informatición necesaria

1. Yo entiendo que la información de mi expediente puede incluir información relacionada a enfermedades transmisibles sexualmente, syndrome de inmunodifiencia adquirida (SIDA) or virus inmunodeficiencia humana (VIH). Además, puede incluir información sobre los servicios de salud mental o de comportamiento para el alcoholism, o el abuso de drogas.
2. Esta infomación spuede ser dada a conocer, y usada por la siguiente organización o persona:

Nombre de la Persona/Organización: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Email address \_\_\_\_\_

3. Yo entiendoque tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Yo entiendo que si yo revoco esta autorización , es necesario hacerlo por escrito, y presenter mi revocación escrita al Gerente de Oficina o al Oficial de Privacidad. Además entiendo que esta revocación no aplicará a la infomación que haya sido dada a conocer antes de las misma. También entiendo que la revocación no aplicará a mi compañía aseguradora cuando la ley le prove el derecho de contester una reclamación en mi póliza, a menos que esté revocada, esta autorización expirará en la siguiente fecha, evento, o condición \_\_\_\_\_ . Si yo no especifico la feca, evento o condición de expiración, esta autorización automaticamente expirará en 180 días.
4. Yo entiendo que la autorización de la divulgación de mi información de salud es voluntaria. Yo puedo rehusar firmar esta autorización. Yo no necesito firmar esta forma para recibir tratamiento. Además entiendo que yo puedo inspeccionar o requerir una copia de la infomación que haya sido dada a conocer como esta previsto en la ley CFR 164.524. Yo entiendo que cualquier información que hay sido dada a conocer trae la potencial consecuencia de ser redivulgada sin previa autorización y puede no ser protegida por las reglas federales de privacidad.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Padre o Representante Legal

Fecha \_\_\_\_\_