

## UNIVERSIDAD DE MINNESOTA | FACULTAD DE ODONTOLOGÍA | REVELACIÓN DE EXPEDIENTES

**PASO 1: ESCRIBA LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE:**

Nombre del paciente (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre):	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):
Teléfono:	N.º de historia clínica:

**PASO 2: SELECCIONE EL SERVICIO DESEADO:**     Solo expedientes dentales     Solo radiografías     Expedientes dentales y radiografías

**PASO 3: ESCRIBA SI QUIERE QUE LE ENVIEMOS LA INFORMACIÓN:** (Seleccione una)

<input type="checkbox"/> <b>ENVIAR POR CORREO A</b> (5-7 días hábiles): <b>\$15</b> Nombre: _____ Dirección: _____ N.º Suite/Apartamento: _____ Ciudad/Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____	<input type="checkbox"/> <b>ENVIAR POR CORREO ELECTRÓNICO A</b> (2-3 días hábiles): <b>SIN CARGOS</b> Nombre: _____ Correo electrónico: _____  <input type="checkbox"/> <b>RECOGER</b> (5-7 días hábiles): <b>\$15</b> (Escritorio de información 7 piso, de lunes a viernes, 10:00 a. m. - 12:00 p. m., 2:00 p. m. - 4:00 p. m.)
--	---

**PASO 4: MOTIVO DE LA SOLICITUD:** \_\_\_\_\_

**PASO 5: FIRME ABAJO: (FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE)**

Yo entiendo que:

1. La información que se va a revelar puede incluir registros relacionados con el comportamiento o salud mental, tratamiento para el abuso de drogas y alcohol, VIH/SIDA o genética.
2. Tengo derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que la información se haya revelado basándose en esta autorización. Esta autorización se puede revocar al entregar un aviso por escrito a: University of Minnesota School of Dentistry, ATTN: Privacy Officer, 8-434 Moos Health Sciences Tower, 515 Delaware Street, S.E., Minneapolis, MN 55455.
3. La información que se use o se revele según esta autorización puede estar sujeta a una nueva revelación que puede no estar protegida por la ley federal.
4. La información autorizada para revelación puede incluir expedientes que pueden indicar la presencia de una enfermedad contagiosa o no contagiosa.
5. Mi tratamiento o el pago por mi tratamiento no se puede condicionar a la firma de esta autorización.
6. Esta autorización vence 1 año después de la fecha de la firma que aparece abajo.

Con su firma abajo, usted acepta que entiende y acepta los términos de este formulario. Usted da permiso a la Facultad de Odontología de la Universidad de Minnesota para copiar, entregar, enviar por correo postal o electrónico a la parte mencionada arriba.

FIRMA: _____	FECHA: _____
--------------	--------------

**PASO 6: ENVÍE EL FORMULARIO DE REVELACIÓN FIRMADO (Y EL PAGO, SI CORRESPONDE) EN UNA DE ESTAS TRES MANERAS:**

CORREO POSTAL:	FAX O CORREO ELECTRÓNICO:	RECOGER:
University of Minnesota School of Dentistry 515 Delaware Street S.E. - Room 16-205E Minneapolis, MN 55455	Fax: 612-625-3227 Correo electrónico: dentxray@umn.edu	Moos Tower (School of Dentistry) 7th Floor Information Desk

**PAGO POR CORREO:** solo con cheque. **PAGO POR TELÉFONO:** (612-625-2495) solo tarjeta de crédito.

**PAGO EN PERSONA:** efectivo, cheque o tarjeta de crédito en cualquier escritorio de atención.

**PAGO EN LÍNEA:** visite [dentistry.umn.edu/patients/pay](http://dentistry.umn.edu/patients/pay) para pagar por medio de nuestro portal de procesamiento de pago seguro.