



Ellensburg Dental Care
 1206 N. Dolarway, #101
 Ellensburg, WA 98926
 Ph: (509) 933-2400 Fax: (509) 933-4804

Dentist _____ Acct# _____

AUTORIZACION PARA QUE ELLENSBURG DENTAL CARE PIDA O ENVIER MI INFORMACION DENTAL

Nombre del Paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono # _____
 Apellido Nombre Inicial

Yo autorizo que manden una copia de mi expediente A: (Por favor escriba dirección completa)	De: (Por favor escriba dirección completa)
Dr./Nombre/Oficina <u>Ellensburg Dental Care</u>	Dr./Nombre/Oficina _____
Direcion <u>521 E. Mountain View Ave.</u>	Direcion _____
Ciudad/Estado/Código Postal <u>Ellensburg, WA 98926</u>	Ciudad/Estado/Codigo Postal _____
Telefono # <u>509-933-2400</u>	Telefono # _____
Email <u>Dental.reception@CHCW.org</u>	Fax # _____

**Propósito de mandar el expediente (Por favor se especifico): Consulta Cambio de Cuidado Otro A mi Mismo

Por favor manden la siguiente información: **dental.reception@chcw.org**
 _____ Toda la información en mi expediente medico y x-rays
 _____ Información especifica relacionada con la siguiente condición: _____
 _____ Específicamente excluir: _____

Nota: Bajo la mayona de circunstancias, expedientes no serán enviados a terceras personas.

Lea Con Cuidado

Yo entiendo que mi consentimiento espresado es requerido para que se pueda enviar información relacionada a enfermedades transmitidas sexualmente, VIH, salud mental y/o abuso de drogas/alcohol, de acuerdo a la ley de Washington RCW 70.24 ET. SEQ.

Si yo he sido examinado, tratado, o diagnosticado en conexión con alguna enfermedad transmitida sexualmente, o abuso de drogas/alcohol, y/o enfermedades, específicamente autorizo que se le envíen a la persona o entidad nombrada arriba toda información o expediente medico relacionado con tal diagnostico, pruebas, o tratamiento, a menos que específicamente se excluya arriba. Esta autorización es valida por 90 días y puede ser revocada por escrito en cualquier momento siempre y cuando la información aun no ha sido enviada. Ya que la información medica se ha enviado, la persona u organización que la reciba puede re-enviarla de nuevo. Las leyes de privacidad ya no la protegen.

Firma del paciente o guardián legal _____ Fecha _____
 Parentesco (padre, guardia legal representante, etc.) _____ Fecha _____
 Firmad el paciente (si es mayor de 17 años) _____ Fecha _____

SI EL PACIENTE A ALCANZADO SU TRECE O CATORCE AÑOS DE EDAD SOLO EL PACIENTE PUEDE AUTORIZAR EL ENVIO COMO SE NOTA ABAJO:

Consentimiento de menor (edad 17-13 anos de edad).

Yo entiendo que tengo el derecho a tratamiento confidencial de información relacionada a tratamiento de control de natalidad (14-17 anos de edad), terminación de embarazo (14-17 anos de edad), esterilización(14-17 anos de edad), enfermedades trasmitidas sexualmente(14-17 anos de edad), condiciones de salud mental(13-17 anos de edad) y/o abuso de drogas/alcohol(13-17 anos de edad) de acuerdo ala ley de Washington RCW 70.02.130(1). Yo entiendo que mi firma aquí abajo autoriza el envío de mi información.

Firma del Paciente (si 13-17 años de edad): _____ Fecha _____