

# Formulario modelo: Autorización del paciente para revelar información confidencial

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente solicito y autorizo a \_\_\_\_\_  
*Nombre del paciente o tutor (en letra de imprenta)* *Nombre del dentista o del consultorio*

a revelar y a proporcionar copias de cualquier información o registros sobre el tratamiento médico en relación con mi atención, que están en posesión de esta persona o entidad, a:

\_\_\_\_\_  
*Nombre del nuevo dentista, especialista, asesor, paciente, abogado, asegurador, etc.*

\_\_\_\_\_  
*Dirección*

\_\_\_\_\_  
*Ciudad*

\_\_\_\_\_  
*Estado*

\_\_\_\_\_  
*Código postal*

\_\_\_\_\_  
*Número de teléfono*

Estos registros incluyen, entre otros, información personal del paciente, antecedentes médicos y dentales, registros de revisión, radiografías, fotografías médicas, planes de tratamiento, registros de tratamientos, recomendaciones e informes de derivaciones y consultas, modelos de diagnóstico y otros materiales relacionados.

Expresamente eximo a la persona o a la entidad mencionada más arriba de toda responsabilidad que surja respecto del cumplimiento de esta solicitud y de la revelación de la información solicitada.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
*Paciente o tutor*