

**PF-3200A Autorización Standard del Uso Y Revelación de Información de Salud Confidencial**

**Información que sera Usada o Revelada**

La información cubierta por esta autorización incluye:

---

---

**Razones de Revelación**

Información descrita anteriormente sera revelada por las siguientes razones:

---

---

**Persona(s) Autorizada para Usar O Revelar Información**

Información descrita anteriormente sera usada o revelada por:

---

Nombre de persona/organización

**Persona(s) a quien la Información Puede ser Revelada**

Información descrita anteriormente puede ser revelada a:

---

Nombre de persona/organización

**Fecha de Vencimiento de Autorización**

Esta autorización esta en efecto \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ almenos que sea revocada o terminada por el paciente o representante personal de el paciente.

**Derecho de Terminar o Revocar la Autorización**

Puede terminar o revocar esta autorización sometiendo una revocacion en escrito a Pueblo Dental Management, Inc. Tiene que comunicarse con el official de privacidad para terminar esta autorización.

**Posibilidad de Nueva Revelacion**

La información revelada bajo esta autorización puede ser re-abierta nuevamente por la persona u organización a la cual sea mandada. No le podemos garantizar su derecho a la protección de privacidad de esta información ya que Pueblo Dental Management, Inc. la revelee a otra indentidad.

**Ferma:**

---

Nombre de Paciente (Imprenta)

---

Ferma del Paciente

Fecha

---

Nombre de Representante de Paciente (Imprenta)

---

Firma de Representante del Paciente

Fecha

---

Relación de Representante del Paciente al Paciente