

Para: Consultorio odontológico: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____
Estado: _____

ASUNTO: AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Por la presente, se lo autoriza a divulgar a Managed DentalGuard, Inc. ("MDG") y a sus representantes toda la información que puedan tener sobre mi afección dental, incluidas radiografías, que hayan obtenido como resultado de antecedentes, exámenes, pruebas, diagnóstico, recomendaciones de tratamiento y/o tratamiento.

MDG necesita esta información para resolver mi reclamación escrita.

Esta Autorización será válida durante un año a partir de la fecha de hoy. Una copia firmada de esta Autorización tendrá tanta validez como el original.

Comprendo que tengo derecho a tener una copia de esta Autorización firmada y que si se solicita una, acuso recibo de dicha copia.

Seleccione UNA de las siguientes opciones:

MDG **PUEDE** entregar una copia de mi queja por escrito a los dentistas a quienes se presenta esta queja.

MDG **NO PUEDE** entregar una copia de mi queja por escrito a los dentistas a quienes se presenta esta queja.

Si no se selecciona ninguna opción, MDG entenderá que la autorización para entregar una copia de esta queja está aprobada.

He leído esta Autorización antes de firmarla.

Firma

Nombre en letra de imprenta o escrito a máquina

Número de identificación del Miembro

Fecha

Si no firma el paciente, indique la relación: Padre,

madre o tutor del paciente menor de edad

Tutor o custodio del paciente incapaz

Beneficiario o representante personal del paciente fallecido

Cónyuge o persona responsable económicamente del paciente, en este caso el único fin de buscar información dental es procesar una solicitud para el seguro de salud o para la inscripción en un plan de hospital sin fines de lucro, un plan de servicios de atención de salud o un plan de beneficios de empleado, donde el paciente será un cónyuge inscrito o dependiente según la póliza o el plan.