

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Doctor: _____ Correo electrónico: _____

Teléfono: _____ Edad: _____

Por la presente autorizo a Oral Arts Dental Lab Costa Rica a divulgar mi información médica protegida de acuerdo con esta autorización.

La información médica personal que se divulgará incluye, entre otras, fotografías, ya sea que se hayan tomado por separado o derivado de medios electrónicos (es decir, fotografías recibidas del dentista, paciente o tomadas directamente en el laboratorio).

Ofrezco de manera voluntaria que mi información médica personal se use y se divulgue como se establece en esta autorización, principalmente en las redes sociales (es decir, "fotos de antes y después" en las cuentas de Facebook, Instagram, Twitter, linkedin, web site, whatsapp entre otros de Oral Arts).

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, y que mi revocación no es efectiva a menos que sea en escrito y recibido por las oficinas del Laboratorio Dental de Oral Arts Costa Rica, o por correo electrónico a Info@oralartsdentalcr.com

Si deseo revocar esta autorización, mi revocación no afectará a ninguna de las acciones tomadas por el laboratorio dental antes de recibir mi revocación por escrito.

Entiendo que puedo solicitar inspeccionar y / o copiar la información que se divulgará.

Entiendo que esta autorización es voluntaria. Entiendo que no necesito firmar este formulario para poder asegurar el tratamiento de atención médica, incluida la fabricación de restauración, el pago, la inscripción en mi plan de salud, o elegibilidad para los beneficios. También entiendo que si tengo alguna pregunta sobre el uso o divulgación de mi salud, puedo comunicarme con el Departamento de Mercadotecnia de Oral Arts Dental Lab Costa Rica por teléfono al 4001 8751 o por correo electrónico a Info@oralartsdentalcr.com

La información una vez que sea publicada, utilizada o divulgada en cualquier forma que existiese será para siempre, y será utilizada también para un registro o bien una versión impresa o electrónica u otra versión que pueda desarrollarse con el tiempo.

También entiendo que Oral Arts Dental Lab Costa Rica retendrá copias de dichas versiones electrónicas o impresas y potencialmente conservará estas versiones para siempre y que cualquier revocación de esta autorización sólo se extenderá a las versiones de la información dentro del control de Oral Arts Dental Lab Costa Rica.

Las fotocopias y copias facsímiles de esta Autorización se considerarán ser originales.

Paciente o representante legal

Fecha

Doctor