

**MAHEC Dental Health Center
at Biltmore**

123 Hendersonville Road
Asheville NC 28803
2nd Floor of MAHEC Family Health Center

Appointments: (828) 252-4290
Mon-Thurs: 8:00 am – 5:00 pm
Friday: 8:00 am - 3:00 pm



**MAHEC Dental Health Center
at Columbus**

130 Forest Glen Road
Columbus NC 28722
On the campus of St. Luke's Hospital

Appointments: (828) 722-0003
Mon – Thurs: 8:00 am – 5:00 pm
Friday: 8:00 am - 12 noon

Fuera del horario de atención, los/las pacientes establecidos/as pueden comunicarse con el/la dentista de turno al 828-777-8925.



¡Nos alegra que usted haya elegido los centros de salud dental MAHEC para su atención!

Somos un centro de capacitación avanzada que incluye profesores de odontología, residentes de odontología y estudiantes de odontología pre doctorales. Desde procedimientos de restauración de rutina hasta mejoras cosméticas, manejo de enfermedades periodontales e implantes dentales, estamos aquí para satisfacer todas sus necesidades de salud bucal. Los/las dentistas de nuestra práctica le brindarán atención dental integral en nuestros consultorios dentales de última generación.

Nuestros servicios incluyen, entre otros: limpiezas y radiografías, empastes cosméticos, coronas y carillas, dentaduras postizas parciales y completas personalizadas, implantes, odontología reconstructiva de boca completa, tratamientos de conducto radicular, extracciones dentales, blanqueamiento dental, tratamientos de enfermedad periodontal (de las encías) y medicina oral.

Ofrecemos atención para toda la familia desde niños hasta ancianos. Nuestros/as proveedores/as y personal siempre se esfuerzan por brindar atención basada en evidencia en un ambiente profesional y de apoyo. Esperamos tener una relación continua con usted y una experiencia de paciente excepcional en cada cita. En nuestros dos consultorios encontrará:

- Atención compasiva: tratamos a los/las pacientes como nos gustaría ser tratados.
- Servicios de vanguardia, con tecnología moderna para mejorar su experiencia dental.
- Tratamiento centrado en el/la paciente: trabajaremos con usted para desarrollar un plan de tratamiento personalizado que respalde sus objetivos de salud bucal.
- Profesores experimentados, quienes brindan atención excepcional al/la paciente y capacitación avanzada para la próxima generación de profesionales dentales.
- Énfasis en el cuidado preventivo, para que pueda verse y sentirse lo mejor con dientes y encías saludables.
- Enfoque de salud integral: creemos que la salud bucal es un componente esencial del bienestar total.



MAHEC Formulario de registro del/la paciente

Por favor complete la siguiente información utilizando tinta negra. ESTA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL.

Dental Biltmore

Dental Columbus

INFORMACIÓN DE PACIENTE

Nombre y apellido(s): _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección de la casa: _____ Género al nacer: Masculino Femenino

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Nº de seguro social: _____

Condado de residencia: _____ Correo electrónico: _____

Número telefónico en casa: _____ Celular: _____ Número telefónico en el trabajo: _____

Al proporcionar un número de teléfono, número de teléfono celular o una dirección de correo electrónico autorizo a MAHEC a ponerse en contacto conmigo o con mi tutor/representante legal para recordatorios de citas, para obtener información acerca de mi experiencia en este consultorio y para proporcionar recordatorios generales de salud y otra información con respecto a mi atención médica.

Necesidades especiales de la audición:

Necesidades especiales de la visión:

Utiliza silla de ruedas: Sí No

Tiene trastorno del habla: Sí No

Tiene estatus de veterano/a: Sí No

Raza (seleccione una):

- Asiático/a
- Nativo/a de Hawái
- De otras islas de Pacífico
- Negro/a, afroamericano/a
- Nativo/a de América del Norte o de Alaska
- Blanco/a
- Más de una sola raza

Identidad étnica (seleccione una):

- Hispano/a o latino/a
- No hispano/a o latino/a

Identidad de género:

- Masculino
- Femenino
- Transgénero masculino
- Transgénero femenino
- Otro
- Elijo no divulgar

Orientación sexual:

- Lesbiana o gay
- Heterosexual
- Bisexual
- Otra orientación sexual
- No sé
- Elijo no divulgar

Idioma preferido:

- Inglés
- Español
- Ruso
- Lengua de signos americana
- Otro idioma: _____

Estado civil:

- Soltero/a
- En una relación
- Con pareja
- Casado/a
- Separado/a
- Divorciado/a
- Viudo/a

Poblaciones especiales

- Migratorio/a Sí No
- Estacional Sí No
- Sin hogar Sí No

Estatus de vivienda (seleccione uno):

- No sin hogar
- Viviendo en un refugio para personas sin hogar
- Transicional
- Compartiendo cuarto
- Viviendo en las calles
- Vivienda permanente de apoyo
- Otra forma de vivienda

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre y apellido(s): _____

Parentesco: _____ Número telefónico: _____

SI EL/LA PACIENTE ES UN/A NIÑO/A (SI TIENE MENOS 18 AÑOS)

Nombre y apellido(s) de la persona responsable: _____

Parentesco: _____ Número telefónico: _____

INGRESOS ANUALES ANTES DE LOS IMPUESTOS

_____ Número de personas en el hogar: _____

Se usa la arriba citada información de los ingresos únicamente como información estadística y no se usa para determinar las necesidades financieras específicas del/la paciente.

INFORMACIÓN DEL SEGURO DENTAL PRIMARIO

Compañía de seguro: _____ Nº de identidad de la póliza: _____

Nombre y apellido(s) del titular de la póliza: _____ El titular de la póliza es:

Parentesco del titular de la póliza con el/la paciente: _____ Masculino Femenino

Dirección del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO DENTAL SECUNDARIO

Compañía de seguro: _____ Nº de identidad de la póliza: _____

Nombre y apellido(s) del titular de la póliza: _____ El titular de la póliza es:

Parentesco del titular de la póliza con el/la paciente: _____ Masculino Femenino

Dirección del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO SECUNDARIO

Compañía de seguro: _____ Nº de identidad de la póliza: _____

Nombre y apellido(s) del titular de la póliza: _____ El titular de la póliza es:

Parentesco del titular de la póliza con el/la paciente: _____ Masculino Femenino

Dirección del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

ASIGNACION DE BENEFICIOS Y REGLAS FINANCIERAS

Por la presente autorizo que se hagan los pagos de todos los beneficios de seguros médicos, Medicaid y/o Medicare directamente a MAHEC y les autorizo a ellos a presentar reclamos de seguro en mi nombre. También les autorizo a ellos a divulgar mi información médica y/o información de mi cuenta a mi proveedor de seguro médico, Medicaid y/o Medicare tal como sea requerido para satisfacer los reclamos. Accedo notificarles a ellos si mi cobertura cambia.

Comprendo que MAHEC:

- Espera el pago el mismo día de atención (si tiene seguro médico los co-pagos y deducibles se pagan el día de atención).
- Acepta pago en efectivo, cheques, tarjetas de débito o tarjetas de crédito principales.
- Cuenta con que presentaran los reclamos en mi nombre a Medicaid, Medicare y a todos los seguros médicos. Sin embargo, es mi responsabilidad saber los detalles de mi cobertura y proporcionar información actual y precisa a MAHEC..
- Proporciona servicios y tratamiento cuales son medicamente apropiados. Sin embargo, algunos de estos pueden no ser cubiertos por mi plan de seguro y será mi responsabilidad pagar por estos.
- Espera que la compañía de mi seguro médico pague dentro de un período de 90 días a partir de la fecha del rendimiento del servicio y me facturará directamente si el seguro médico no paga.
- Espera que el padre/la madre o tutor/a legal pague por todos servicios brindados a sus dependientes.
- Espera que yo mantenga mis citas y que llame con por lo menos 24 horas de anticipación para cancelar una cita. Comprendo que el no hacer esto puede resultar en que ya no se me acepte como paciente en este consultorio.

He leído y comprendo lo arriba citado.

Firma del/la paciente o de la madre/del padre o tutor/a legal: _____ Fecha: _____

AVISO: El no firmar este acuerdo no le exime de las arriba citadas expectativas.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Consiento voluntariamente a los servicios de rutina, tratamiento(s) médico(s), procedimiento(s) diagnóstico(s) de radiología, análisis diagnóstico(s) de laboratorio, servicios de salud mental y servicios ofrecidos por trabajadores de salud profanos (por ejemplo, doula/comadrona, trabajador/a de salud de la comunidad, especialista de apoyo individual) según lo que los proveedores de atención médica quienes me atienden consideren necesarios en cualquiera de las instalaciones de MAHEC. Voluntariamente doy mi consentimiento para permitir a MAHEC buscar atención médica de emergencia de parte de un médico u hospital, si es necesario. Comprendo que los procedimientos diagnósticos pueden incluir, pero no se limitan a, estudios de laboratorio de sangre, orina y tejido, incluidas las pruebas de detección de sustancias controladas. Comprendo que los procedimientos diagnósticos de radiología incluyen, pero no se limitan a, rayos x, ultrasonido, y/o mamografía. Comprendo que la práctica de medicina no es una ciencia exacta y que el diagnóstico y tratamiento pueden causar herida o incluso la muerte. Comprendo que tengo el derecho de hacer preguntas acerca de mi tratamiento y/o mis procedimientos y que tengo el derecho de rechazar cualquier tratamiento o procedimiento. Accedo a notificar a mi profesional médico de mis preocupaciones.

Firma del/la paciente o de la madre/del padre o tutor/a legal: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN DE CONTACTOS ALTERNATIVOS

Autorizo a MAHEC a conversar sobre información médica y financiera acerca de la atención y de los servicios brindados a mí con las siguientes personas:

Contacto #1

Nombre y apellido(s): _____

Parentesco: _____ Número telefónico: _____

Contacto #2

Nombre y apellido(s): _____

Parentesco: _____ Número telefónico: _____

Contacto #3

Nombre y apellido(s): _____

Parentesco: _____ Número telefónico: _____

RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRIVACIDAD

Se me ha dado la oportunidad de leer el aviso de normas de privacidad de MAHEC, y mis preguntas acerca de dicho aviso han sido contestadas. Comprendo que si elijo no firmar este reconocimiento, MAHEC continuará a brindarme servicios y usará y divulgará mi información de salud protegida (Protected Health Information o PHI, por sus siglas en inglés) de acuerdo con el aviso de normas de privacidad de MAHEC.

Firma del/la paciente o de la madre/del padre o tutor/a legal: _____ Fecha: _____



FOR OFFICE USE ONLY

DOB:

Reviewed By:

HOJA DE INFORMACIÓN DE PACIENTE

Somos un consultorio de odontología general y de enseñanza. Tenemos dentistas quienes participan en un programa de residencia de práctica general avanzada y estudiantes de odontología en su año final en UNC Adams School of Dentistry. Nuestra facultad y nuestros/as dentistas residentes son graduados de la universidad dental. Todos/as nuestros/as estudiantes y dentistas residentes son supervisados/as por nuestra facultad. Brindamos un rango completo de cuidado dental y solamente referimos los casos más complicados a otros consultorios. Nuestros cobros por servicios son muy competitivos en comparación con otros consultorios en esta área. Por favor firme y ponga la fecha al final de esta página para reconocer que ha recibido este formulario y comprende cada una de las reglas.

Horas programadas de las citas:

Pedimos que todos/as nuestros/as pacientes lleguen 15 minutos antes de la hora programada para actualizar el expediente y verificar el seguro dental.

Confirmaciones de citas:

No confirmar su cita vía mensaje de texto o llamada telefónica a través del sistema recordatorio por lo menos 24 horas por anticipado resultará en la cancelación de la cita.

Citas de emergencia (durante el horario regular de atención):

Si usted tiene una emergencia dental, por favor llame al consultorio después de las 8:15 a.m. Nos pondremos en contacto con su doctor/a y haremos cada esfuerzo para abordar su situación de emergencia tan rápidamente como posible.

Citas pediátricas, menores/tutores:

Niños pueden recibir su atención dental en nuestro consultorio, sin embargo, es necesario poder pasar solo/a para ver al/la doctor/a en la sala de tratamiento. Después de completar el examen o tratamiento se consultará con los padres. Si usted llena formularios o toma decisiones acerca del tratamiento para otra persona, por favor describa su parentesco con el/la paciente y proporcione documentación legal.

Niños sin supervisión:

Por favor no lleve niños al centro dental, al no ser que tengan cita o que alguien quien les guarde esté presente. Por motivos de seguridad no se permite que los niños acompañen al/la paciente a las áreas de tratamiento y tampoco pueden esperar en la sala de espera sin supervisión. Los empleados del centro dental no podrán supervisar a los niños.

Solamente pacientes en las áreas clínicas:

Para poder brindar la calidad de atención y la privacidad que creemos que nuestros/as pacientes merecen, pedimos que los/as cónyuges/padres/tutores se queden en el área de recepción durante el tratamiento. Esto permite que el/la doctor/a y el equipo clínico puedan brindar su atención indivisa al/la paciente. Con mucho gusto contestaremos preguntas antes, durante o después del procedimiento.

Uso de informes suplementarios: Permiso que se hagan fotos, videos, y rayos x de mis estructuras orales, si son relacionados con los procedimientos, y para su uso educativo en conferencias o publicaciones, siempre que no se revele mi identidad.

Radiografías:

Si usted tuvo radiografías recientes en otro consultorio, por favor pida que se envíen copias a nuestro consultorio antes del día de su cita. Se necesitan radiografías dentales para ayudar al/la dentista a evaluar su salud oral. Nuestro consultorio tiene la más moderna y segura tecnología digital de rayos x.

Medicinas:

Por favor lleve una lista de sus medicinas actuales cuales está tomando a su primera cita y a cada cita a partir de ahí en caso de nuevas recetas o cambios de dosis.

Honorarios estimados:

Cualquier honorario dado por teléfono es una estimación y no es el precio garantizado para el tratamiento. Se darán planes escritos de tratamiento y estimaciones de parte del seguro antes de que se brinden los tratamientos.

Servicios después de las horas regulares de atención:

Nuestras horas de atención dental son generalmente de las 8:00 a.m. a las 5:00 p.m., de lunes a viernes. Si usted tiene una verdadera emergencia dental fuera del horario de atención regular; hinchazón, sangrado o trauma facial, por favor vaya al más cercano departamento de emergencias. También puede llamar a nuestro/a doctor/a de turno fuera del horario regular de atención al (828) 777-8925.

Firma del/la paciente/tutor/a/padre/madre: _____ **Fecha:** _____

Nombre y apellido(s) del/a paciente: _____



FOR OFFICE USE ONLY

Chart #

Patient Name:

DOB:

Reviewed By:

CENTRO DE SALUD DENTAL Y CENTRO PARA CAPACITACIÓN AVANZADA

INFORMACIÓN DE SALUD

Última visita dental: _____ Razón por la visita: _____

Por favor liste TODOS los medicamentos, suplementos (incluidos los herbales) y medicamentos de venta libre que toma actualmente:

Por favor liste cualquier alergia, incluyendo alergias que no son a medicamentos (metales, látex, etc.):

MUJER, ¿está usted Embarazada? Fecha prevista del parto: _____ Amamantando?
 Tomando anticonceptivos orales? Tratando de embarazarse?

En las siguientes secciones por favor compruebe en las casillas si tiene actualmente, ha tenido, y/o se le está tratando por alguna de las siguientes condiciones

Corazón/Sangre/Sistema cardiovascular

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta/Hipertensión | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos congénitos |
| <input type="checkbox"/> Ataque de corazón/Infarto | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Moretearse fácilmente |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho/Angina de pecho | <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral |
| <input type="checkbox"/> Latidos cardíacos irregulares | <input type="checkbox"/> Fiebre escarlatina o reumática |
| <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre |
| <input type="checkbox"/> Positivo/a de SIDA/VIH | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Leucemia | <input type="checkbox"/> Anemia de las células falciformes |
| <input type="checkbox"/> Endocarditis infecciosa | <input type="checkbox"/> Presión arterial baja |
| <input type="checkbox"/> Válvula artificial de corazón | <input type="checkbox"/> Marcapasos de corazón |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Otros problemas del corazón |

Piel/Articulación/Músculo/Sistema esquelético/Autoinmune/Otro/a

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Fibromialgia |
| <input type="checkbox"/> Terapia de radiación | <input type="checkbox"/> Lupus |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Medicamentos con cortisona |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Hinchazón de las extremidades |
| <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide | <input type="checkbox"/> Gota |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales | <input type="checkbox"/> Urticaria/Erupción cutánea |
| <input type="checkbox"/> Lesión de cabeza/cuello | <input type="checkbox"/> Boca seca |
| <input type="checkbox"/> Dolor en las coyunturas mandibulares | <input type="checkbox"/> Llagas en/o alrededor de la boca |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Herpes, culebrilla u otras enfermedades venéreas |

Enfermedades psiquiátricas/neurológicas

- Depresión
- Desorden bipolar
- Ansiedad / Desvelos
- Esquizofrenia
- Desorden hiperactivo y déficit de atención (DHDA)
- Demencia o Enfermedad de Alzheimer
- Drogadicción
- Ataque repentino o convulsiones
- Trastornos del desarrollo
- Autismo (espectro)
- Desmayos o mareos
- Otra(s) condición(es) psiquiátricas

Hígado/Riñón/Gastrointestinal

- Hepatitis A
- Hepatitis B o C (solo marque uno)
- Acidez estomacal frecuente / Reflujo ácido
- Problemas de riñón(es)
- Úlceras de estómago
- Diarrea frecuente
- Otro(s) problema(s) de riñón (es)

Respiración y Pulmones

- Asma
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Apnea del sueño
- Falta de aliento / Dificultad en respirar
- Tuberculosis
- Condiciones / problemas de sinusitis
- Tos frecuente
- Otros problemas con la respiración/los pulmones

Diabetes/Tiroides

- Diabetes
- Enfermedad de tiroides
- Baja azúcar en la sangre
- Sed excesiva
- Pérdida de peso reciente

¿Tiene usted un médico de cabecera? Circule: Sí No

Si contestó "Sí", por favor ponga el nombre y número de teléfono de su médico de cabecera: _____

¿Cuál es su farmacia preferida (por favor anote el nombre, la dirección y el número telefónico de su farmacia preferida)?

¿Tiene usted algún problema de salud, lo cual necesita clarificar? Sí No

Si contestó "Sí", por favor explique: _____

Hasta donde tengo conocimiento, todas las anteriormente brindadas respuestas e informaciones son ciertas y correctas. Si alguna vez ocurre algún cambio en mi salud, les notificaré sin falta a los médicos en mi siguiente cita.

Firma del/de la paciente, padre/madre o tutor _____

Fecha _____



PROGRAMA DE DESCUENTO BASADO EN LOS INGRESOS DEL HOGAR
Apoyo financiero compasivo

¡Gracias por solicitar nuestro programa de descuento basado en los ingresos y tamaño del hogar!

Estos documentos tendrán que ser entregados antes de que su solicitud pueda ser procesada:

- Solicitud completada
- Comprobante de ingresos

Por favor devuelva todos los documentos a su asesor/a financiero/a de pacientes dentro de los 30 días después de la fecha de su primera cita.

Family Health Centers and Internal Medicine

Asesor/a financiero/a
Teléfono: (828) 771-3507
Fax: (828) 407-2640

Dirección postal:
123 Hendersonville Road
Asheville, NC 28803

Ob/Gyn Specialists

Asesor/a financiero/a
Teléfono: (828) 771-5443
Fax: (828) 407-2639

Dirección postal:
119 Hendersonville Road
Asheville, NC 28803

Center for Psychiatry and Mental Wellness

Asesor/a financiero/a
Teléfono: (828) 771-3460
Fax: (828) 820-8327

Dirección postal:
125 Hendersonville Road
Asheville, NC 28803

Dental Health Centers

Asesor/a financiero/a
Teléfono: (828) 398-5918
Fax: (828) 552-8691

Dirección postal:
123 Hendersonville Road
Asheville, NC 28803

Si tiene alguna pregunta acerca de este programa, por favor llame a su asesor/a financiero/a de pacientes a los números arriba citados.

¡Gracias!

Ingresos anuales del hogar de todos los adultos quienes trabajan

Fuente	Usted	Pareja	Otro	Total
Los dos últimos talones de cheque, formulario de declaración de impuestos con el anexo C si trabaja por cuenta propia, o carta del empleador				
Compensación por desempleo, compensación al trabajador (indemnización por accidentes/ enfermedades laborales), seguro social, seguridad de ingreso suplementario, asistencia pública, pagos al veterano, beneficios al sobreviviente, pensión o ingreso de jubilado				
Intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de patrimonio/herencia, fondos fiduciarios, asistencia educacional, pensión alimenticia (conyugal), manutención infantil, asistencia de parte de fuentes fuera del hogar, y otras fuentes diversas				

NOTE BIEN: Antes de que se apruebe un descuento es necesario que proporcione copias de declaraciones de impuestos, talones de cheque, u otra información que verifique los ingresos.

Declaro que la arriba citada información acerca del tamaño de la familia y de los ingresos es correcta.

Nombre y apellido(s) (por favor en letra de molde)

Firma _____

Fecha _____

Office Use Only (exclusivamente para uso oficial)

Approved by: _____

Date approved: _____

Family size: _____

Income: _____

Approved discount: _____

Date received signed agreement: _____

Verification Check List

	Yes	No
Identification/Address: Driver's license, utility bill, employment ID, or		
Income: Prior year tax return, two most recent pay stubs, or other		

MAHEC Dental Health Center

123 Hendersonville Road, Asheville, NC 28803
 130 Forest Glen Road, Suite A, Columbus, NC 28722
 Business Office Phone: (828) 252-4290/Fax: (828) 333-5871 (Asheville)
 Business Office Phone: (828) 722-0003/Fax: (828) 333-5460 (Columbus)

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA PARA EL ENTRENAMIENTO DE ESTUDIANTES

**** Usted solamente necesita completar este formulario si tiene cita con un/a estudiante dental de UNC****

Nombre y apellido(s) legales del/la paciente: _____	
Fecha de nacimiento: _____	
Autorizo el uso o la divulgación de mi información de salud protegida como abajo detallado.	
La información será divulgada por parte de:	La información será brindada a:
NAME OF FACILITY MAHEC Dental Health Center	NAME OF PERSON/ORGANIZATION/FACILITY UNC -CH Adams School of Dentistry
ADDRESS 123 Hendersonville Road/130 Forest Glen Road	ADDRESS Tarrson Hall, 120 Dental Circle
CITY/STATE/ZIP Asheville, NC 28803/Columbus, NC 28722	CITY/STATE Chapel Hill, NC 27514 PHONE #: (919) 537-3737 FAX #: (919) 537-3625
<p>El propósito de esta divulgación es: Permitir a MAHEC divulgar su información de salud protegida a la facultad y al personal administrativo de UNC-CH Adams School of Dentistry para que ellos puedan evaluar la destreza de un/a o varios/as estudiante(s) de odontología y ponerle(s) nota(s).</p> <p>Información que será divulgada: Sus informes dentales para tratamiento brindado a usted por un/a o varios/as estudiantes dental(es) e informes dentales para el tratamiento complementario a tal tratamiento dental brindado por el/la estudiante.</p>	
<p>Comprendo que esta autorización se vencerá un (1) año después de la fecha del servicio.</p> <p>Comprendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a: MAHEC Privacy Officer, 121 Hendersonville Road Asheville, NC 28803, y que esta autorización dejará de tener efecto en la fecha de la notificación, a excepción de la acción previamente tomada a consecuencia de la misma.</p> <p>Comprendo que la información usada o divulgada a consecuencia de esta autorización puede ser sujeto a una re-divulgación por parte del recipiente y puede ya no ser protegida por leyes federales o estatales.</p> <p>Comprendo que MAHEC no requerirá la provisión de esta autorización para el tratamiento o la elegibilidad para atención, a menos que tal atención fuera: (1) relacionada con la investigación o (2) brindada solamente con el propósito de crear protegida información de salud para divulgar a un tercero.</p>	
Firmando abajo, reconozco que he leído esta autorización y que la comprendo.	
FIRMA DEL/LA PACIENTE	FECHA
FIRMA DE UN/A REPRESENTANTE AUTORIZADO/A DEL/LA PACIENTE, SI CORRESPONDE <i>(declare la relación con el/la paciente)</i>	FECHA
TESTIGO DE LA FIRMA, SI CORRESPONDE	FECHA

USTED TIENE EL DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN DESPUÉS DE FIRMARLA