



COMMUNITY DENTCARE
CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA SERVICIOS DENTALES

**** ESTE CONSENTIMIENTO REQUIERE SU FIRMA MÁS ABAJO ****

ASIGNACIÓN DE PRESTACIONES Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Yo, padre o tutor legal del menor mencionado arriba, por medio de la presente asigno y cedo a la Facultad de Medicina Dental de la Universidad de Columbia/Columbia University Health Care, Inc. los fondos suficientes o prestaciones a las cuales yo pueda tener derecho de agencias del gobierno, compañías de seguros u otros que son económicamente responsables de mi cuidado dental/médico para cubrir los costos de la atención y el tratamiento prestados a mi dependiente. Entiendo que no me haré responsable de ningún costo que el seguro no cubra.

**HOJA INFORMATIVA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE NEW YORK SOBRE
EL CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA
CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA DE ACUERDO CON HIPAA**

Entiendo que la confidencialidad entre el estudiante y el proveedor de salud se garantizará de acuerdo con la ley y que se alentará a los estudiantes a involucrar a sus padres o tutores en las decisiones de asesoramiento y atención médica. Mi firma en este formulario autoriza la divulgación de información médica. Esta información puede estar protegida de ser divulgada por la ley de privacidad federal y la ley estatal. Al firmar este consentimiento, autorizo a dar información médica a la Junta de Educación de la Ciudad de Nueva York (también conocida como el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York), ya sea porque lo exige la ley o la Disposición del Canciller, o porque es necesario para proteger la salud y seguridad del estudiante. A petición mía, la institución o la persona que divulgue esta información médica debe proporcionarme una copia de este formulario. Los padres están obligados por ley a proporcionar cierta información a la escuela, como pruebas de vacunación. No proporcionar esta información puede resultar en que el estudiante sea excluido de la escuela. Mis preguntas sobre este formulario han sido contestadas. Entiendo que no tengo que autorizar la divulgación de la información médica de mi hijo, y que puedo cambiar de opinión en cualquier momento y revocar mi autorización por escrito al Centro de Salud de la Escuela. Sin embargo, después de la divulgación de la información, no puede ser revocada con efecto retroactivo para cubrir la información divulgada antes de la revocación.

Autorizo a la Facultad de Medicina Dental de la Universidad de Columbia/Columbia University Health Care, Inc. (CUHC) a divulgar información médica específica del estudiante mencionado al reverso de esta página a la Junta de Educación de la Ciudad de Nueva York (también conocida como Departamento de Educación de la Ciudad de New York), a las agencias del gobierno, compañías de seguros u otros económicamente responsables del cuidado dental y a hacer copias de toda la información necesaria para justificar el pago de dicha atención.

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA ACCEDER Y DIVULGAR A LA BASE DE DATOS DEL HISTORIAL DE MEDICAMENTOS DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA

Yo autorizo a la Facultad de Medicina Dental de la Universidad de Columbia/Columbia University Health Care, Inc. a tener acceso a todas las bases de datos del historial de medicamentos de prescripción electrónica y divulgar mi historial de medicamentos recetados contenido en ellas y enviado a las bases de datos del historial de medicamentos de prescripción electrónica (incluyendo, entre otros, información relacionada con el VIH/sida, tratamiento/problemas con el consumo de alcohol o drogas, planificación familiar, enfermedades genéticas, afecciones de salud mental y enfermedades de transmisión sexual) usadas por la Facultad de Medicina Dental de la Universidad de Columbia/Columbia University Health Care, Inc. Entiendo que este historial puede no estar completo y se limita a los medicamentos que me han recetado electrónicamente. Es mi responsabilidad proporcionar a mi dentista/proveedor de salud una lista completa de los medicamentos que estoy tomando actualmente. Comprendo que el propósito de este formulario es que la Facultad de Medicina Dental de la Universidad de Columbia/Columbia University Health Care, Inc. pueda acceder a e intercambiar la información del historial de medicamentos con los servicios de prescripción electrónica autorizados de otros proveedores, farmacias o pagadores/programas de prestaciones farmacéuticas.

Al firmar este formulario, autorizo el acceso, uso o divulgación de la información médica protegida como se indicó anteriormente. Puedo revocar la autorización en este formulario en cualquier momento antes de que la información que he solicitado sea divulgada o se haya actuado según lo dispuesto en esta autorización, mediante una notificación por escrito de la revocación como específica el Aviso de Prácticas de Privacidad. Si la parte receptora no está sujeta a las leyes de privacidad de la información médica, la información se puede volver a divulgar por parte del receptor y posiblemente ya no sea protegida por la ley federal o estatal. La Facultad de Medicina Dental de la Universidad de Columbia/Columbia University Health Care, Inc. no será responsable de ninguna consecuencia por volver a divulgarla. Me entregarán una copia de este formulario. Puedo solicitar una copia de mi información de salud. Este Consentimiento y Autorización no tiene fecha de vencimiento, a no ser que yo lo revoque por escrito o al finalizar mi relación de tratamiento con la Facultad de Medicina Dental de la Universidad de Columbia/Columbia University Health Care, Inc.

Al firmar electrónicamente, yo declaro por la presente que he leído y entendido el documento, que me han dado la oportunidad de hacer preguntas y que respondieron satisfactoriamente a todas mis preguntas.

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA DE ACUERDO CON HIPAA Y CONSENTIMIENTO PARA ACCEDER Y DIVULGAR A LA BASE DE DATOS DEL HISTORIAL DE MEDICAMENTOS DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA

Por medio de la presente declaro que he leído y entendido este formulario de consentimiento, que se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y que todas mis preguntas han sido contestadas de manera satisfactoria.

X _____
Firma del padre/tutor legal (o el estudiante si es mayor de 18 años o la ley lo permite) _____ **Fecha** _____