



Dr Thomas Dix
Family Dentistry

4444 Austell Rd. Suite 200
Austell GA, 30106
(O) (770) 732-8374 (F) (770) 732-1033
www.drthomasdix.com

Medical Information Release and Authorization Form

Name: _____ Date of Birth: ____/____/____

Authorization for Release of Information

I authorize the release of information including the entire contents of dental record, including diagnosis, treatment details and financial information.

This information may be released to:

Spouse _____

Child(ren) _____

Other _____

Information is not to be released to anyone.

I understand that I have the right to revoke this Authorization, in writing, at any time by notifying this office. Such revocation will not affect actions taken by the requesting person prior to the date he or she received the written revocation. I also understand information disclosed pursuant to this authorization may be subject to redisclosure by the recipient and will no longer be protected by this rule. I understand that my health care provider cannot condition treatment on whether I sign this Authorization.

This Authorization will remain in effect until terminated by me in writing or until the following date (within one year of today's date): _____.

The best time to reach me is (day) _____ between (time) _____

Signed: _____ Date: ____/____/____



Dr Thomas Dix
Family Dentistry

**4444 Austell Rd. Suite 200
Austell GA, 30106
(O) (770) 732-8374 (F) (770) 732-1033
www.drthomasdix.com**

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION SANITARIA PROTEGIDA

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

[] Autorizo la divulgación de información, incluido el contenido completo del registro dental, incluido el diagnóstico, los detalles del tratamiento y la información financiera.

Esta información puede ser divulgada a:

[] Cónyuge _____

[] Niños) _____

Otro _____

[] La información no debe ser divulgada a nadie.

Entiendo que tengo derecho a revocar esta Autorización, por escrito, en cualquier momento mediante notificación a esta oficina. Dicha revocación no afectará las acciones realizadas por la persona solicitante antes de la fecha en que recibió la revocación por escrito. También entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por esta regla. Entiendo que mi proveedor de atención médica no puede condicionar el tratamiento si firmo esta Autorización. Esta Autorización permanecerá vigente hasta que yo la rescinda por escrito o hasta la siguiente fecha (dentro de un año a partir de la fecha de hoy):

_____.

El mejor momento para comunicarse conmigo es (día) _____ entre
(hora) _____

Firmado: _____ Fecha: ____/____/____