



Aviso de Regulaciones HIPAA y Formulario de Consentimiento

Tiene derecho a solicitar que restrinjamos la forma en que la información de salud protegida sobre usted se usa o divulga para operaciones de tratamiento, pago u operaciones de atención dental.

Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de información dental protegida sobre su tratamiento, pago y operaciones de atención dental. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento, por escrito y firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no afectará ninguna divulgación que ya hayamos hecho en base a su consentimiento previo. Esta oficina proporciona este formulario para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA).

El paciente entiende:

La información de salud protegida puede ser divulgada o utilizada en operaciones de tratamiento, pago u odontología.

El paciente tiene la oportunidad de revisar el Aviso de prácticas de privacidad El paciente tiene el derecho de restringir el uso de su información.

El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones futuras cesarán.

Esta oficina puede condicionar la recepción del tratamiento al momento de la ejecución de este consentimiento.

Por favor, liste a continuación las personas autorizadas para acceder a los registros

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente/padre o guardian: _____

Fecha: ____/____/____ Relación con el paciente: _____