

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE HIPAA

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre el uso de su información médica protegida (PHI). Tiene derecho a revisar nuestro Aviso antes de firmar este Consentimiento. Los términos de nuestro Aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro aviso, puede obtener una copia revisada comunicándose con nuestra oficina.

Tiene derecho a solicitar que restrinjamos la forma en que la información médica protegida (PHI) sobre usted se usa o divulga para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, respetaremos ese acuerdo.

Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de su PHI para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no afectará ninguna divulgación que ya hayamos hecho basándonos en su consentimiento previo. Cordido Dental Pros, PLLC proporciona este formulario para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA).

El paciente comprende que:

- La información médica protegida se puede divulgar o utilizar en operaciones de tratamiento, pago o atención médica.
- Cordido Dental Pros, PLLC tiene un Aviso de prácticas de privacidad y que el paciente tiene la oportunidad de revisarlo.
- Cordido Dental Pros, PLLC se reserva el derecho de cambiar el Aviso de prácticas de privacidad.
- El paciente tiene derecho a restringir el uso de su información, pero Cordido Dental Pros, PLLC no tiene que aceptar esas restricciones.
- El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y cesarán todas las divulgaciones futuras.
- Cordido Dental Pros, PLLC puede condicionar la recepción de servicios a la ejecución de este consentimiento.

¿LE OTORGA A NUESTRA OFICINA PERMISO PARA DISCUTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y FINANCIERA CON OTRA PERSONA O ENTIDAD?

- NO
 SÍ, SÓLO INFORMACIÓN MÉDICA
 SÍ, SÓLO INFORMACIÓN FINANCIERA
 SÍ, INFORMACIÓN MÉDICA Y FINANCIERA

En caso afirmativo, proporcione su nombre, relación y número de teléfono.

Nombre: _____ Relación: _____ teléfono: _____
Nombre: _____ Relación: _____ teléfono: _____
Nombre: _____ Relación: _____ teléfono: _____

¿PODEMOS DEJAR INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL EN SU MÁQUINA CONTESTADORA / CORREO DE VOZ?

SÍ NO En caso afirmativo, número (s) de teléfono: _____

Nombre completo del paciente: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Fecha de firma: _____

Si no es el paciente, indique el parentesco: padre o tutor legal _____