

HIPAA

CONSENTIMIENTO DEL USO Y DIVULGACION DE SU INFORMACION MEDICA PERSONAL

NOMBRE(S) DEL PACIENTE(S): _____

- Se me ha ofrecido y/o recibí una copia del Aviso de Practicas de Privacidad.
- Yo entiendo que puede pedir una copia en cualquier momento.
- Yo entiendo que mi PHI (Información de Salud Protegida) puede y será utilizada para fines de proveer tratamiento y para fines de pago tanto míos como de terceros.
- Puedo negarme a firmar
- EXPIRACION: cada 3ños y al cumplir los 18 años.

POR FAVOR NOMBRE A CUALQUIER OTRA PERSONA A LA QUE USTED LE AUTORIZA ACCESO A SU INFORMATION DENTAL

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre

Firma

Paciente

Padre

Guardian

Otro: _____