



Formulario de consentimiento del paciente HIPAA

Entiendo que conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA). Tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información médica protegida.

Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

Conducir, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente.

Obtener el pago de terceros pagadores.

Llevar a cabo operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

He sido informado por usted y su Aviso de prácticas de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud. Se me ha otorgado el derecho de revisar dicho Aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento.

Entiendo que ABC Pediatric Dentistry tiene el derecho de cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad de vez en cuando y que puedo comunicarme con ellos como la dirección anterior para obtener una copia actual.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinja la forma en que se utiliza o divulga mi información privada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u atención médica.

También entiendo que no está obligado a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si está de acuerdo, está obligado a cumplir con dichas restricciones.

Entiendo que puedo revisar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que haya tomado medidas confiando en este consentimiento.

Nombre (s) del paciente: _____

Firma del paciente o del representante de los padres _____

Relación con el paciente (si es menor): _____