

Formulario de Consentimiento de Cumplimiento con HIPAA

El Aviso de Prácticas de Privacidad de Brighter Smiles LLC proporciona información sobre cómo podemos usar o divulgar información de salud protegida. El aviso se encuentra en el sitio web del distrito.

El aviso contiene una sección sobre los derechos del paciente que describe sus derechos según la ley. Usted afirma con su firma que ha revisado nuestro aviso antes de firmar este consentimiento.

Los términos del aviso pueden cambiar; en ese caso, se le notificará en su próxima visita para actualizar su firma y fecha.

Usted tiene el derecho de restringir cómo se usa y divulga su información de salud protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, honraremos este acuerdo. La ley HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996) permite el uso de la información para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Al firmar este formulario, usted consiente el uso y la divulgación de su información de salud protegida. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito, con su firma. Sin embargo, dicha revocación no será retroactiva.

Al firmar este formulario, entiendo que:

La información de salud protegida puede ser divulgada o utilizada para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

La práctica se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permitido por la ley. La práctica tiene el derecho de restringir el uso de la información, pero no está obligada a aceptar esas restricciones.

El paciente tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, y todas las divulgaciones completas cesarán.

La práctica puede condicionar la recepción de tratamiento a la ejecución de este consentimiento.

¿Podemos llamarle, enviarle un correo electrónico o un mensaje de texto para confirmar las citas? Sí NO

¿Podemos dejar un mensaje en su contestador automático en casa o en su teléfono celular? Sí NO

¿Podemos discutir las condiciones dentales de su hijo/a con algún miembro de su familia? Sí NO Si la respuesta es Sí, por favor nombre los miembros de la familia autorizados:

Nombre del niño/a _____

Este consentimiento fue firmado por:

Nombre (en letra de molde) _____ Firma del padre/madre o tutor/a

_____ Fecha _____