

Clínica Dental Urban Smiles

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO HIPAA DEL PACIENTE

Entiendo que, como parte de mi atención médica, esta organización crea y mantiene registros de salud que describen mi historial médico, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamientos y cualquier plan para atención o tratamiento futuro. Entiendo que esta información sirve para:

- Una base para planificar mi atención o tratamiento
- Un medio de comunicación entre la gran cantidad de información sobre diagnósticos y cirugías que recibo factura
- Un medio mediante el cual el tercer pagador puede verificar que los servicios facturados se prestaron realmente.
- Y una herramienta para las operaciones rutinarias de atención médica como evaluar la calidad y revisar la competencia de los profesionales de la salud.

Entiendo y he recibido un Aviso de Prácticas de Información que proporciona una descripción más completa de los usos y divulgaciones de la información. Entiendo que tengo derecho a revisar el aviso antes de firmarlo y antes de dar mi consentimiento. Entiendo que la organización se reserva el derecho de modificar su aviso y prácticas y, antes de su implementación, enviará por correo una copia de cualquier aviso revisado a la dirección que he proporcionado. Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre cómo se puede usar o divulgar mi información de salud para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica, y que la organización no está obligada a aceptar las restricciones solicitadas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la organización ya haya tomado medidas basándose en él.

Firmado este _____ día de _____ 20 ____.

Nombre del paciente (en letra de imprenta) _____

Firma _____

Relación con el paciente _____