

HENDERSON PEDIATRIC DENTISTRY

REGLA GENERAL HIPAA

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO/ AUTORIZACIÓN LIMITADA Y FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

Usted puede negarse a firmar este reconocimiento y autorización. Al negarse, podríamos no tener permitido procesar sus reclamos de seguros.

Fecha: \_\_\_\_\_

El infrascrito acusa recibo de una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad actualmente efectivo para este establecimiento de atención sanitaria. Una copia de este documento firmado y fechado, será tan efectiva como el original.

**MI FIRMA TAMBIÉN SERVIRÁ COMO DOCUMENTO DE ISP SI YO REQUIRERA QUE LOS TRATAMIENTOS O RADIOGRAFÍAS SEAN ENVIADOS A OTRO MÉDICO O ESTABLECIMIENTOS A CARGO EN EL FUTURO.**

Por favor, **escriba** su nombre aquí \_\_\_\_\_

Por favor, **firme** con su nombre aquí \_\_\_\_\_

Representante Legal \_\_\_\_\_

Descripción de la Autoridad \_\_\_\_\_

Sus comentarios respecto de los Reconocimientos: \_\_\_\_\_

CÓMO QUIERE QUE SE DIRIJAN A USTED CUANDO SEA CONVOCADO POR EL ÁREA DE RECEPCIÓN:

Sólo primer nombre    Apellido propio    Otro \_\_\_\_\_

POR FAVOR, INSCRIBA A CUALQUIER OTRA PARTE QUE TENGA ACCESO A LA INFORMACIÓN DE SU SALUD:

(Esto incluye padrastrós, abuelos y cualquier cuidador que pueda tener acceso a los registros de este paciente):

Nombre: \_\_\_\_\_    Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_    Relación: \_\_\_\_\_

AUTORIZO EL CONTACTO DESDE ESTA OFICINA **PARA CONFIRMAR MI INFORMACIÓN SOBRE CITAS, TRATAMIENTOS Y FACTURACIÓN VIA:**

Confirmación al Teléfono Celular    Confirmación al Teléfono de Casa                          Confirmación al Teléfono del Trabajo  
Mensaje de texto a mi Teléfono Celular    Confirmación por Correo Electrónico                          **Cualquiera de las anteriores**

AUTORIZO QUE LA **INFORMACIÓN SOBRE MI SALUD** SEA COMUNICADA VIA:

Confirmación mediante Teléfono celular    Confirmación mediante Teléfono de casa                          Confirmación mediante Teléfono del trabajo  
Mensaje de texto a mi celular                          Confirmación mediante correo electrónico                          **Cualquiera de las anteriores**

YO APRUEBO QUE SE ME CONTACTE POR **SERVICIOS ESPECIALES, EVENTOS, ACTIVIDADES DE RECAUDACIÓN DE FONDOS o INFORMACIÓN NUEVA SOBRE SALUD** en representación de este Establecimiento de Atención Sanitaria via:

Mensaje de teléfono                          Mensaje de texto                          Correo electrónico                          **Cualquiera de las anteriores**

**Ninguna de las anteriores** (optar por no ser contactado)

Al firmar este Formulario de Reconocimiento por parte del Paciente HIPAA, usted reconoce y autoriza, que esta oficina pueda recomendar productos o servicios para promocionar su mejorada salud. Esta oficina podrá o no recibir remuneración por parte de terceros de estas compañías afiliadas. Nosotros, bajo la Regla General HIPAA vigente, le proporcionamos esta información con su conocimiento y consentimiento.

Sólo para uso de oficina

Como Oficial de Privacidad, he intentado obtener la firma del paciente (o representantes) en este Reconocimiento pero no lo logré porque:

Era un tratamiento urgente: \_\_\_\_\_

No pude comunicarme con el paciente: \_\_\_\_\_

El paciente se negó a firmar: \_\_\_\_\_

El paciente no podía firmar porque: \_\_\_\_\_

Otro (por favor, describa): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Oficial de Privacidad