



AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Entiendo que, en virtud de la ley de Responsabilidad y Privacidad de 1996 (HIPPA) portabilidad de seguro y salud, tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud. Entiendo que esta información puede y será usada para:

- Conducir, planear y dirigir mi tratamiento y seguimiento dental entre los múltiples proveedores de salud que pueden estar implicados en el tratamiento directa o indirectamente.
- Obtener el pago de diferentes fuentes como aseguranza dental, familiares, bancos, etc.
- Realizar operaciones de cuidados de salud, tales como evaluaciones de calidad y certificaciones de los medicos.

Reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad de vez en cuando y que puedo contactar esta organizacion en cualquier momento a la dirección anterior para obtener una copia actualizada del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Yo entiendo que puedo solicitar por escrito que se restrinja cómo se utiliza o revela mi información privada para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También entiendo que no están obligados a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si estan de acuerdo, entonces estan obligados a cumplir con dichas restricciones.

Por la firma presente autorizo a Glouse Family Dentistry y a su personal para liberar/dar cualquier información dental, médica, o financiera a las siguientes personas.

1. _____
2. _____
3. _____

Nombre del Paciente: _____

Firma: _____

Relación al Paciente: _____

Fecha: _____

