

HIPPA FORMA PACIENTE de CONSENTIMIENTO

Comprendo que tengo el derecho a la intimidad con respecto a mi información protegida de la salud. Estos derechos son dados a mí bajo la Transportabilidad de Seguro de enfermedad y Acto de Responsabilidad de 1996 (HIPPA). Comprendo que firmando este consentimiento que autorizo usted utilizar la información revelado y mi información protegida de la salud a temprano fuera:

El tratamiento (inclusive tratamiento directo o indirecto por otros proveedores de asistencia sanitaria implicó en mi tratamiento)

El pago que obtiene de pagadores de terceros (mi compañía de seguros)

Yo también he sido informado de, y dado el derecho de revisar y asegurar una copia si usted es Nota de Prácticas de Intimidad, que contiene una descripción más completa de los usos y la revelación de mi información protegida de la salud y mi derecho bajo HIPPA. Comprendo que usted reserva el derecho de cambiar los términos de esta nota de vez en cuando y que yo le puedo contactar en tiempo de obtener la copia más actual de esta nota.

Comprendo que tengo el derecho de solicitar que restricciones en cómo mi información protegida de la salud es utilizada y es revelada para llevar a cabo tratamiento, el pago, y operaciones de asistencia sanitaria, pero que usted no es requerido a aceptar estas restricciones solicitados. Sin embargo, si usted concuerda, usted es entonces atado conformarse con esta restricción.

Comprendo que puedo revocar este consentimiento, en la escritura, en tiempo. Sin embargo, ningún uso de revelación que ocurrió antes de la fecha que revoco este consentimiento no es afectado.

La Preferencia paciente con respecto a Comunicación de Información de Salud yo por la presente doy permiso al Dr. Adriana Clark, DDS y el Personal, para revelar y discutir cualquier información relacionada a mi médico/condición dental con el miembro siguiente.

Nombre: _____ Relacion: _____

Yo no deseo dar permiso para miembros de la familia adicionales, los parientes ni cerrar a amigos personales para tener acceso a información con respecto a mi condición médico/dental (condiciones).

He recibido una copia del Informe Material y fui dado la opción a tomar una copia en casa o reciclarlo atrás a la oficina.

Imprima el nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Firma: _____