

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO "REGLA DE PRIVACIDAD"

El Departamento de Salud y Servicios Humanos ha establecido una "Regla de Privacidad" para ayudar a asegurar que la información personal de atención médica esté protegida para la privacidad. También se creó para proporcionar un estándar para que ciertos proveedores de atención médica obtengan el consentimiento de los pacientes para usar y divulgar información de salud para llevar a cabo el tratamiento y el pago del seguro.

Respetamos su derecho a la privacidad de sus registros dentales personales y haremos todo lo posible para asegurarlos y protegerlos. Sin embargo, en algunos casos puede ser necesario divulgar información a laboratorios, farmacias, dentistas y/o médicos para cumplir con nuestro compromiso de mantener su salud. Tenga la seguridad de que cuenta con todo nuestro apoyo para acceder a sus propios registros en cualquier momento que estemos disponibles.

Al firmar este formulario de consentimiento, nos da permiso para divulgar cierta información por la razón mencionada anteriormente. También nos permite enviar correos electrónicos, mensajes de texto y dejar un mensaje en su correo de voz con respecto a sus citas o cuenta. Tiene derecho a revocar su consentimiento en cualquier momento mediante una notificación escrita y firmada.

Nombre del paciente o responsable: _____

Firma: _____

Fecha: _____