

Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA)

Entiendo que bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), Tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información dental y de salud protegida. Entiendo que esta información puede y será utilizada:

Conducir, planificar, dirigir mi tratamiento y hacer un seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en mi tratamiento.

Obtener pago de terceros pagadores. (Compañía de seguros)

Llevar a cabo operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad.

Permita que nuestra oficina entregue registros de pacientes a escuelas, compañías de seguros y cualquier otro proveedor de atención médica.

He sido informado por usted de su AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información dental antes de firmar este consentimiento. Entiendo que esta oficina, Kelly Hollis D.D.S.,P.C. tiene el derecho de cambiar el Aviso del Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo que puedo solicitar por escrito cómo se utiliza o divulga mi información para llevar a cabo el tratamiento y el pago. También entiendo que no está obligado a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si está de acuerdo, entonces está obligado a cumplir con dichas restricciones.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que haya tomado medidas basándose en este consentimiento.

Patient Name: _____

Signature: _____

Relationship to Patient: _____

Please list any individuals we can share your personal information with other than healthcare providers:

Name:	Relationship:	Phone:
_____	_____	_____
_____	_____	_____