

CONSENTIMIENTO PARA HIPAA



Fecha de Hoy: 08/10/2017

Apellido:

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

Entiendo que tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Estos derechos me son dados en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA). Entiendo que al firmar este consentimiento le autorizo a usar y divulgar mi información de salud protegida para llevar a cabo:

- Tratamiento (incluido el tratamiento directo o indirecto por parte de otros profesionales de la salud que intervienen en mi tratamiento);
- Obtener el pago de terceros pagadores (por ejemplo, mi compañía de seguros);
- Las operaciones diarias de salud de J Rivas Dental.

He tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de la Notificación de Prácticas de Privacidad. También entiendo que tengo el derecho de revocar el permiso. Sin embargo, cualquier uso o revelación que ocurrió antes de la fecha en que revoco este consentimiento no se ve afectado.

Firma del Paciente ó Tutor Legal

Para Uso solo de la Oficina

Intentamos Obtener un acuse de recibo por escrito de nuestra Notificación de Práctica de Privacidad, pero no se pudo obtener el reconocimiento porque:

- El individuo se niega a firmar.
- Las barreras de comunicación prohibieron la obtención del reconocimiento.
- Una situación de emergencia nos impidió obtener reconocimiento.
- Otros (especificar):