

La FORMA PACIENTE de CONSENT

Entiendo que tengo los derechos a la intimidad con respecto a mi ha información protegida de salud. Estos derechos son dados a mí bajo la Transportabilidad de Seguro de Salud y Acto de Responsabilidad de 1996 (HIPPA). Entiendo que firmando este consentimiento que autorizó usted usar y revelar que mi ha información protegida de salud para llevarse a cabo:

- El tratamiento (inclusive dirige o el tratamiento indirecto por otros proveedores de asistencia sanitaria implicados en mi tratamiento);
- El pago que obtiene de pagadores de terceros (E.G. mi compañía del seguro);
- El día a operaciones de asistencia sanitaria de día de su práctica.

He sido informado también de, y dado el derecho de revisar y asegurar una copia de su Nota de Practicas de Intimidad, que contiene un más completa la descripción de los usos y revelaciones de mi información protegida de la salud, y de mis derechos bajo HIPPA. Entiendo que usted reserva el derecho de cambiar el término de esta nota del tiempo de cronometrar y que yo puedo avisar en cualquier vez para obtener la copia más actual de esta nota.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar que las restricciones en como mi ha información protegida de salud se usa y es revelada para llevarse a cabo el tratamiento, el pago, y las operaciones de asistencia sanitaria, pero que usted no es requerido a concordar a estas restricciones solicitadas. Sin embargo, si usted concuerda, usted es entonces atado conformarse con esta restricción.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento, a escribir, en cualquier vez. Sin embargo, ningún uso ni la revelación que ocurrieron antes de la fecha yo revoco este consentimiento no se afecta.

Firmo esto _____ día de _____, 20_____

Imprima el Nombre Paciente _____

Signature _____

La relacion al Paciente _____

Práctica Nombre: Value Dental of Arlington
Dirección: 5081 Little School Rd, Arlington, TX, 76017