

HIPAA – Personal Care Dental Group

Renuncia

Entiendo que la información que he dado hoy es correcta a mi leal saber y entender. También entiendo que esta información se llevará a cabo en la más estricta confianza. Es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en mi información personal o médica. Autorizo al equipo dental a realizar los servicios dentales necesarios que pueda necesitar durante el diagnóstico y el tratamiento con mi consentimiento informado. Entiendo que puedo obtener una copia de este aviso de prácticas de privacidad visitando la oficina o poniéndose en contacto con el gerente de la oficina.

Firma _____

Fecha: _____

Prácticas de privacidad

PERSONAL CARE DENTAL GROUP, LLC

RECONOCIMIENTO DE AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

****usted puede negarse a firmar este reconocimiento****

Yo, _____, entiendo que Personal Care Dental Group, LLC cumple con la Ley HIPAA y protegerá la privacidad de mi información personal.

Por favor, imprima el nombre _____

Firma _____ Fecha _____

REVELAR INFORMACIÓN PRIVADA A PERSONAS DISTINTAS DEL PACIENTE:

Yo, _____, dar permiso a Personal Care Dental Group para discutir la información de mi paciente y cuenta con lo siguiente:

Nombre Relación

Nombre Relación

Firma _____ Fecha _____

Liberación para el uso de fotografías

Yo, _____ (nombre del paciente), por la presente otorga a Personal Care Dental Group el derecho y el permiso, con respecto a las fotografías y modelos que se han tomado de mí para ser utilizados y republicados para la demostración y educación posterior del paciente. Entiendo que cualquier uso de estos artículos se hará con total anonimato.

He leído lo anterior y entiendo completamente los términos de esta versión.

Nombre del paciente (por favor imprima): _____

Firma: _____ Fecha: _____

