

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

El **Aviso de Prácticas de Privacidad** de Lakeside Dental explica cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida, cuáles son sus derechos con respecto a esa información y cuáles son nuestras responsabilidades para proteger su privacidad.

Al firmar este documento, reconozco que Lakeside Dental me ha proporcionado, o ha puesto a mi disposición, una copia de su Aviso de Prácticas de Privacidad.

Entiendo que:

- Puedo solicitar una copia impresa del Aviso en cualquier momento, incluso si lo recibí o revisé electrónicamente.
- Puedo hacer preguntas sobre el Aviso o sobre cómo se utiliza o divulga mi información médica.
- Al firmar este acuse de recibo, confirmo que recibí o tuve acceso al Aviso. Esta firma no autoriza usos o divulgaciones de mi información médica más allá de los permitidos o requeridos por la ley.
- Lakeside Dental puede modificar su Aviso de Prácticas de Privacidad. La versión vigente estará disponible en la oficina y en el sitio web del consultorio.
- Puedo solicitar restricciones sobre ciertos usos o divulgaciones de mi información médica; sin embargo, Lakeside Dental no está obligado a aceptar todas las solicitudes.

La **Regla de Privacidad de HIPAA** requiere que los consultorios dentales que mantienen una relación directa de tratamiento proporcionen su Aviso de Prácticas de Privacidad a más tardar en la primera prestación de servicios y hagan un esfuerzo de buena fe para obtener un acuse de recibo por escrito. La negativa del paciente a firmar este acuse no impide que el consultorio use o divulgue información médica según lo permita HIPAA.

ACUSE DE RECIBO DEL PACIENTE

Reconozco que he recibido, o que se me ha proporcionado acceso al, Aviso de Prácticas de Privacidad de Lakeside Dental.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

REPRESENTANTE PERSONAL

Complete esta sección únicamente si otra persona firma en nombre del paciente.

Nombre del Representante Personal: _____

Relación con el Paciente: ☐ Padre/Madre ☐ Tutor Legal ☐ Representante para Decisiones Médicas ☐ Otro: _____

Autoridad para actuar en nombre del paciente (si corresponde):

Firma del Representante Personal: _____ Fecha: _____

CONTACTO DE PRIVACIDAD

Las preguntas, inquietudes, solicitudes de copias o quejas relacionadas con la privacidad pueden dirigirse a:

Contacto de Privacidad: Dr. Keith Egan
Lakeside Dental
1011 Catherine Street
Salt Lake City, Utah 84116
Teléfono: (801) 596-3000
Sitio web: www.mylakesidedental.com

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

Lakeside Dental hizo un **esfuerzo de buena fe** para proporcionar el Aviso de Prácticas de Privacidad y obtener un acuse de recibo por escrito, pero no fue posible obtenerlo por la siguiente razón:

- ☐ El paciente se negó a firmar ☐ El paciente no pudo firmar ☐ El representante personal no estaba disponible
☐ Circunstancias de tratamiento de emergencia ☐ Barrera de comunicación o idioma
☐ El Aviso fue proporcionado electrónicamente, pero no se recibió el acuse de recibo ☐ Otro: _____

El Aviso fue proporcionado o puesto a disposición mediante:

☐ Copia impresa ☐ Copia electrónica ☐ Sitio web del consultorio ☐ Otro: _____

Miembro del Personal: _____ Fecha: _____

Notas adicionales: _____

