

El Consentimiento Para El Uso Y Divulgación De Información De Salud

Por favor, lea atentamente las siguientes declaraciones

Propósito del consentimiento: Al firmar este formulario, usted da su consentimiento a nuestro uso y divulgación de su información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, actividades de pago, y operaciones de atención médica.

Aviso de Prácticas de Privacidad: Usted tiene el derecho de leer nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad antes de decidir si se debe firmar este consentimiento. Nuestro Aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago, y operaciones de atención médica, de los usos y revelaciones que puedan hacer de su información médica protegida, y de otros asuntos importantes acerca de su información protegida de salud. Una copia de nuestro Aviso acompaña este consentimiento. Le animamos a que lea con cuidado y por completo antes de firmar este consentimiento. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad que se describen en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, que emitirá un Aviso de Prácticas de Privacidad, la cual contendrá los cambios. Estos cambios se apliquen a cualquiera de su información médica protegida que mantenemos. Usted puede obtener una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad que se describen en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, incluyendo cualquier revisión de nuestro aviso, en cualquier momento poniéndose en contacto con: Dr. Egan 1011 N Catherine St, Salt Lake City, Utah 84116; tel: (801) 596-3000 o en nuestra página web: www.mylakesidedental.com

Derecho a revocar: Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento que nos da un aviso por escrito de su revocación presentado a la persona de contacto mencionados arriba. Por favor, entienda que la revocación de este consentimiento no afectará ninguna acción que tomamos en la confianza en este consentimiento antes de recibir su revocación, y que puede negarse a tratamiento o para continuar el tratamiento si usted revoca este consentimiento.

Firma

Yo, _____, han tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de este formulario de consentimiento y su Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo que, al firmar este formulario de consentimiento, estoy dando mi consentimiento para su uso y divulgación de mi información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica.

Firma: _____ Fecha: _____

Si este consentimiento es firmado por un representante personal en nombre de la paciente, por favor complete lo siguiente:

Representante Personal Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Revocación del Consentimiento

Puedo revocar mi consentimiento para su uso y divulgación de mi información protegida de salud para el tratamiento, actividades de pago, y operaciones de atención médica. Entiendo que la revocación de la autorización no afectará ninguna acción que tomé basándose en mi consentimiento antes de recibir este aviso por escrito de revocación. También entiendo que puede negarse a tratar o continuar el tratamiento después de que me han revocado mi consentimiento. Firma:

_____ Fecha: _____

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Yo, _____, haber recibido una copia del aviso de esta oficina de prácticas de privacidad o que obtenga una copia de la página web: www.mylakesidedental.com

Escriba el nombre _____

Firma: _____ Fecha: _____

Sólo Para Uso Oficial

Intentamos obtener confirmación por escrito del recibo de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener por la siguiente razón: (por favor especificar)

