

¡Bienvenido a Smile Garden Odontología Pediátrica!

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Nombre del Paciente _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre del Paciente _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre del Paciente _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre del Paciente _____ Fecha de nacimiento: _____

El Departamento de Salud y Servicios Humanos ha establecido este "Aviso de Privacidad" para ayudar a garantizar que la información personal de salud esté protegida para la privacidad. También se creó para establecer un estándar para que ciertos proveedores sanitarios obtengan el consentimiento de sus pacientes para el uso y divulgación de información sanitaria sobre el paciente con el fin de llevar a cabo el tratamiento y el pago de las operaciones sanitarias.

Como nuestro paciente, queremos que sepas que respetamos la privacidad de tus registros dentales personales y haremos todo lo posible para proteger y proteger esa privacidad. Seguimos precauciones razonables para proteger tu privacidad. Cuando es apropiado y necesario, proporcionamos la información mínima necesaria solo a quienes consideramos que necesitan información sobre el tratamiento, pago o operaciones sanitarias de su hijo o niños, para proporcionar una atención médica que sea en su mejor interés.

Entiendo que al firmar este consentimiento, autorizo a Smile Garden Odontología Pediátrica a utilizar y divulgar la información privada de salud de mi hijo para realizar lo siguiente:

- Tratamiento (incluyendo tratamiento directo o indirecto por otros profesionales sanitarios que impliquen tratamiento)
- Obtener información de pago de terceros (es decir, mi compañía de seguros)
- Las operaciones sanitarias diarias de esta consulta

He leído y comprendo mis derechos otorgados bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 ("HIPAA"). Entiendo que tengo derecho a negarme a dar consentimiento para el uso o divulgación por escrito de la información sanitaria protegida de mi hijo. A su vez, Smile Garden Odontología Pediátrica tiene derecho a rechazar el tratamiento de mi hijo o niños si rechazo el consentimiento para revelar la información personal de salud (PHI) de mi hijo o niños. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento. Cualquier uso o divulgación que haya ocurrido antes de la fecha en que revoco este consentimiento no se ve afectado.

He recibido una copia de las Prácticas de Privacidad para Smile Garden Odontología Pediátrica.

Firma del padre/tutor legal: _____ **Fecha:** _____

Nombre impreso del padre/tutor legal: _____ **Relación:** _____

Solo para uso en la oficina

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de la recepción de las Prácticas de Privacidad, pero no pudimos obtener el acuse de recibo porque:

_____ El individuo se negó a firmar.

_____ Las barreras de comunicación impedían obtener el reconocimiento.

_____ Una situación de emergencia nos impidió obtener un reconocimiento.

_____ Otros _____