

RECONOCIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Lakeside Dental ~ Moses Lake, WA

Mi firma confirma que he sido informado de mis derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida, bajo la ley de seguro medico de Portabilidad y Responsabilidad de 1996 (HIPAA). Entiendo que esta información puede y será usada para:

Proveer y coordinar mi tratamiento entre un número de proveedores de salud médica que pudiesen estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente

Obtener el pago de terceros pagadores por mis servicios de cuidado medico

Realizar operaciones de atención médica normales tales como actividades de evaluación y mejora de la calidad

He sido informado del *Aviso de Prácticas de Privacidad* de mi proveedor dental que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información médica protegida. Se me ha dado el derecho a revisar y recibir una copia de dicho *Aviso de Prácticas de Privacidad*. Entiendo que mi proveedor dental tiene el derecho a modificar *el Aviso de Prácticas de Privacidad* y que puedo contactar con esta oficina en la dirección de arriba para obtener una copia actual del *Aviso de Prácticas de Privacidad*. Lo importante es la versión actualizada 23/09/13 de la NOPP reflejando la regla OMNIBUS

Entiendo que puedo solicitar por escrito que ustedes restrinjan cómo mi información privada se usa o se divulga para llevar a cabo el tratamiento, las operaciones de pago o la asistencia médica y comprendo que ustedes no están obligados a aceptar mi solicitud de restricciones, pero si usted está de acuerdo entonces usted está obligado a acatar tales restricciones.

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma: _____

Relación al Paciente: _____

Miembros de la familia dependientes que también están cubiertos por este reconocimiento:

Autoridad de Divulgación Adicional: (concluyó con debate RE: paciente etc.)

OTRO-ESPECIFIQUE	Nombres	Firmas	Identificación
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Para Uso de Oficina Solamente:

Fuimos incapaces de obtener el reconocimiento escrito por parte del paciente de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad por el siguiente motivo:

El paciente se negó a firmar

Barreras de comunicación

Situación de emergencia

Otro