



RECONOCIMIENTO NOTIFICACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Mi firma confirma que he sido informado de mis derechos a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida, bajo el Health Insurance Portability & Accountability Act de 1996 (HIPPA). Entiendo que esta puede y será usado para:

- Proporcionar y coordinar mi tratamiento entre un numero de médicos que pueden estar involucrados en ese tratamiento, directa e indirectamente.
- Obtener el pago de terceros pagadores por mis servicios de salud.
- Realizar operaciones de atención medica normales como actividades de evaluación y mejora de la calidad.

He sido informado de aviso de prácticas de mi proveedor dental de privacidad que contiene una descripción más completa de os usos y revelaciones de mi información de salud protegida. Me ha dado el derecho a revisar y recibir una copia de dicha notificación de prácticas de privacidad. Yo entiendo que mi proveedor dental tiene el derecho a modificar el aviso de prácticas de privacidad y que yo pueda comunicarme con esta oficina a la dirección d arriba para obtener una copia actualizada del aviso de prácticas de privacidad.

Yo entiendo que yo puedo solicitar por escrito que usted limite como mi información privada es usada o divulgada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención de salud y tengo entendido que usted no está obligado a aceptar mis peticiones, pero si usted está de acuerdo entonces están obligados a acatar esas restricciones.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente/Representante Legal: _____

Relación al paciente: _____

Fecha: _____

Miembros de familia dependientes también cubiertos por este reconocimiento:

USO PARA LA OFICINA SOLAMENTE

I have attempted to obtain the patient's signature on this form, but was not able to for the following reason:

Date: _____

Initials: _____

