



HIPAA- FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE

El Aviso de prácticas de privacidad (NOPP) de Story City Dental proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida (PHI). La práctica proporciona este formulario para cumplir con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros de Salud (HIPAA). El NOPP contiene una sección de Derechos del paciente que describe sus derechos según la ley. Revise detenidamente el Aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este formulario de reconocimiento. En caso de que cambien los términos del Aviso, se le pondrá a su disposición una copia revisada.

Al firmar este formulario, usted reconoce que nuestra práctica puede usar y divulgar su PHI para tratamiento, pago y procedimientos de oficina. Tiene derecho a solicitar que restrinjamos cómo se usa o divulga su PHI para tratamientos, pagos o procedimientos de oficina.

Doy permiso para que Story City Dental deje un mensaje o un correo electrónico con respecto a una cita en:

Inicio: _____ y / o
Celda: _____ and/or
Trabajo: _____ and/or
Email: _____

Doy permiso para que Story City Dental comparta información médica / dental con:

1. Nombre: _____ Relación: _____
Teléfono: _____
2. Nombre: _____ Relación: _____
Teléfono: _____
3. Nombre: _____ Relación: _____
Teléfono: _____

Asumo la responsabilidad de informar a la práctica de cualquier cambio de la información anterior.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____ Fecha: _____

Firma del paciente o tutor legal: _____