

Reconocimiento de Recibir la Declaracion de las Practicas de Privacidad.

Yo reconozco que he recibido una copia de la Declaracion de las Practicas de Privacidad para las oficinas de Children's Dental Group. La Declaracion de Practicas Privadas describe los tipos de usos y divulgaciones de mi informacion de salud protegida que puede ocurrir en mi tratamiento, pago por servicios, o en los hechos de las opciones del cuidado médico de la oficina. La Declaracion de las Practicas de Privacidad tambien describe mis derechos y las responsabilidades y deberes de esta oficina con respeto a mi informacion de salud protegida. La Declaracion de las Practicas de Privacidad tambien estan colocadas en la pared de la oficina.

Children's Dental Group reserva los derechos de cambiar la practica de privacidad que son descritas en la Declaracion de Practicas Privadas. Si hay cambios en la practica de privacidad, me ofrecerán una copia de la declaración revisada de las practicas privadas en el tiempo de mi primer visita despues que las revisiones se hacen eficaces. Tambien podre pedir una copia de la Declaracion de las Practicas de Privacidad para que me la manden por correo o de otra manera hacia mi.

AUTORIDAD DEL ACCESO ADICIONAL

Además de los accesos permisibles descritos en la Declaracion de las Practicas Privadas, Yo autorizo por este medio especificamente acceso de mi informacion de cuidado de salud protegida a personas indicadas debajo. (Entiendo que la respuesta por defecto es "NO". Sin indicar "Sí" en respuesta a cada pregunta individual, Informacion personal protegida (PHI) no se puede compartir con nadie si no es permitido por las reglas de HIPAA.)

Esposo/Esposa Solamente	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
OR		
CUALQUIER MIEMBRO DE MI FAMILIA INMEDIATA: (Esposo/a, Hijos)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CUALQUIER MIEMBRO DE MI FAMILIA EXTENDIDA: (Padres, Abuelos)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
OTRO:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Nombre del Paciente (letra de molde) _____

Firma del Paciente o Padre: _____

Representante Personal del Paciente: (letra de molde) _____

Firma del Representante Personal: _____

Numero de Telefono del Representante: _____ Fecha: _____

OFFICE USE ONLY BELOW THIS LINE

Acknowledgment Not Obtained

Provided Prior to Treatment? Yes No Date Statement Provided: _____

Needed more time to review Statement

Reason for not obtaining patient signature Wanted to consult another person before signing

Physically unable to sign

No reason offered

Other: