

HIPAA LEY DE PRIVACIDAD
AUTORIZACION Y CONSENTIMIENTO

Autorización Para suministrar informacion de salud, Pago, o tramites de salud.
(164,508(a))

Yo _____ entiendo que como parte de mi cuidado dental en Dental Studio of Pasadena mantiene y requiere informacion medica que incluye, exámenes, resultados medicos, diagnosticos, tratamineto, y planes para tratamiento future, Yo entiendo qu esta informacion sirve como:

- Bases para planear mi tratamiento dental.
- Forma de comunicacion entre profesionales de la salud que pudieran contribuir con mi cuidado de salud dental.
- Informacion medica necesaria para cobrar.
- Informacion necesaria para que una tercera persona o organizacion pague su cuenta.
- Herramientas rutinarias en la operaciones de salud como evaluaciones de calidad y competencia profesional.

Yo he recibido una copia y entiendo la Notificacion de informacion de practicas que prove informacion mas detallada.

Yo entiendo que como parte de mi cuidado dental podia ser necesaria proveer informacion medica personal privada a otra entidad.

Yo autorizo a Dental Studio of Pasadena suministrar mi informacion de salud privada al las siguientes personas:

1. _____ 2. _____

Informacion Autorizada:

Proposito

Yo entiendo que;

- Yo tengo el dercho de pedir restricciones en la forma que mi informacion privada se suministre a entidades que pagaran mi tratamiento dental.
- Yo tengo el derecho de revocar este consentimiento por escrito. Yo entiendo que esta accion puede limitar mis opciones de tratamiento en el future.

_____ Acepto _____ No Acepto

Firma del paciente o representante legal _____ Fecha _____

Nombre Del paciente _____

