

Paradise Family Dentistry

El Uso de consentimiento del paciente y la Revelación de Información de Salud Para el Tratamiento, el Pago y u Operaciones de Asistencia sanitaria

Comprendo que como parte de mi asistencia médica, el Paraíso la Odontología que Familiar origina y mantiene registros de papel que describen mi historia de la salud, los síntomas, el examen, prueba resultados, el diagnóstico, el tratamiento y cualquier plan (planes) para futuro cuidado o el tratamiento.

Comprendo que esta información sirve como:

- Una base para planear mi cuidado y el tratamiento,
- Un medios de comunicación entre los profesionales de la medicina que contribuyen a mi cuidado,
- Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi cuenta,
- Un método por que mi plan de salud puede verificar que servicios facturados fueron proporcionados realmente, y
- Un instrumento para **operaciones** rutinarias de asistencia sanitaria como evaluación de calidad.

Comprendo que tengo los derechos y los privilegios siguientes:

- El derecho de oponerse el uso de mi información de la salud para propósitos de guía, y
- El derecho de solicitar que restricciones en cuanto a cómo mi información de la salud puede ser utilizada o puede ser revelada para llevar a cabo tratamiento, operaciones de pago o asistencia médica.

Comprendo que si puse restricciones cómo mi información de la salud es utilizada, el Paraíso la Odontología Familiar no es requerida a aceptar las restricciones solicitadas. Comprendo que puedo revocar este consentimiento en la escritura, menos a las acciones la organización ya puede haber tomado. Yo también comprendo que negando a firmar este consentimiento o revocando este consentimiento, el Paraíso la Odontología que Familiar puede negarse a tratarme.

Deseo aplicar las restricciones siguientes al uso o la revelación de mi información de la salud:

Comprendo que como parte del tratamiento de esta organización, operaciones de pago o asistencia médica, pueden llegar a ser necesario para revelar mi información protegida de la salud a otra entidad, y yo consiento a tal revelación para estos usos permitidos, inclusive revelaciones a través de fax.

Comprendo y acepto los términos de este consentimiento.

La firma de paciente (o el padre/guardián si paciente es un menor)

_____/_____/_____
Fecha