

NORTHRIDGE FAMILY DENTAL CENTER
CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y REVELACION DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

SECCIÓN A: PACIENTE DANDO CONSENTIMIENTO

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Archivo #: _____ Seguro Social #: _____

SECCIÓN B: AL PACIENTE – POR FAVOR DE LEER LO SIGUIENTE CUIDADOSAMENTE

El Propósito de este consentimiento: Este aviso describe como su información puede ser utilizada y revelada y como puede usted acceder a esta información. En esta oficina siempre hemos mantenido su información de su salud de forma segura y confidencial.

Una nueva ley nos exige que continuemos manteniendo su privacidad, le enviemos aviso y sigamos los términos de este aviso. La Ley Nos permite que utilicemos o revelemos su información de salud a aquellos implicados en su tratamiento. Por ejemplo, una revisión de su archivo por un doctor especialista que puede estar involucrado es sus cuidados

Podemos usar esta información de salud para el pago de sus servicios. Por ejemplo podemos enviar un reporte de su progreso a su compañía de seguros.

Podemos compartir su información médica con nuestros asociados de negocios, como un servicio de facturación. Tenemos un contrato escrito con cada asociado de negocios, que requiere que protejan su privacidad.

Notificación de Privacidad: Usted tiene el derecho de recibir una copia de su información de salud, con unas pocas excepciones. Preséntenos una solicitud por escrito con respecto a la información que desea ver. Si usted también quiere una copia de sus registros, puede que le carguemos una tarifa razonable por las copias. Usted tiene derecho de pedir una modificación o cambio de su información de salud. Entréguenos su petición para hacer los cambios que usted solicita, nos sentiremos complicados de incluir su declaración en su archivo. Si estamos de acuerdo en una modificación o cambio, no eliminaremos ni alteraremos documentos previos, sino que añadiremos nueva información.

También puede que queramos llamarle y recordarle sus citas. Si usted no esta en casa, podemos dejar esa información en su contestador automático o con la persona que responda al teléfono.

En caso de emergencia podemos revelar su información de salud a un miembro de la familia o a otra persona responsable de su cuidado. Podemos revelar parte o toda su información de salud cuando esto sea requerido por la ley.

Usted tiene el derecho de recibir una copia de este aviso, incluyendo cualquier cambio en los detalles de este aviso poniéndose en contacto con nuestra Funcionaria de Privacidad:

**OFFICE (818) 775-1300 FAX (818) 775--1465
9514 RESEDA BLVD. #6 NORTHRIDGE CA 91324**

Usted Puede presentar una queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services), 200 Independence Ave., S.W., room 509F, Washington, DC 20201. No habrá represalias por hecho de que presente una queja

Derecho de Revocar: Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento al presentarnos una solicitud en escrito dirigido a la persona nombrada nuestra funcionaria de Privacidad. Por favor sepa que la revocación de de este consentimiento no afectará cualquier acción tomada antes de recibir su revocación, y también puedas ser sujeto a nosotros negarle continuación de su tratamiento si usted revoca este consentimiento.

Reconocimiento: He tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de este aviso de las Prácticas y Derechos de Privacidad. Comprendo que firmando este formulario doy mi consentimiento a Northridge Family Dental Center de usar y revelar la información de salud protegida, para el propósito de obtener tratamiento, y de recibir pago de compañía de seguros.

Firma

Fecha

Si esta firmando como padre o guardián, por favor anote el nombre del paciente _____

Este aviso entra en efecto el 14 de Abril, 2003