

Wong Family Dentistry

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACION DE INFORMACIÓN MEDICA

SECCION A: CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Nombre: _____

Direction: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

del Paciente: _____ # del Seguro Social: _____

SECCION B: PARA EL PACIENTE - FOR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN.

Proposition del Consentimiento: Al firmar este formate usted da su consentimiento del uso y divulgación de la información de su salud para realizar nuestro tratamiento actividades de pagos y operaciones def cuidado de su salud.

Aviso de la Practice de Privacidad: Usted tiene el derecho de leer nuestro Aviso del Uso de la Privacidad antes que decida firmar este consentimiento. Nuestro Aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pagos y operaciones del cuidado de la salud y de los usos y divulgación que podemos hacer de la información protegida de su salud. Una copia de nuestro Aviso acompaña este Consentimiento. Le recomendamos que lo lea y llene la información cuidadosamente antes de firmar este Consentimiento.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras policías de privacidad descritas en al Aviso del Uso de la Privacidad después de emitir un Aviso modificado que contiene dichos cambios. Esos cambios pueden afectar cualquier información protegida de su salud que nosotros tendremos.

Puede obtener una copia de nuestros Avisos de Practicas Privadas, incluyendo cualquier modificación de nuestros Avisos, en cualquier momenta contactando:

Persona de Contacto: Helen Wong

Teléfono: (510) 222-4178 Fax: 510-222-8677

Correct Electronico: info@wongfamilydentistry.com

Direccion: 2970 Hilltop Mall Road, Suite 212, Richmond, CA. 94806

Derecho de cancelacion: Usted tendrá el derecho a cancelar este consentimiento en cualquier momenta presentando por escrito su petición de cancelacion dirigida a la Persona de Contacto indicada arriba. Por favor entienda que la cancelacion de este consentimiento no afectara ninguna acción que se tomo en relación al consentimiento antes de nosotros recibir su cancelacion y que podemos declinar a tratarle o continuar tratándole si usted cancela este consentimiento.

FIRMA

Yo, _____, he tenido plena oportunidad de leer y considerar el contenido de este documento de consentimiento y de sus Avisos de Practicas Privadas. Entiendo que al firmar este documento de consentimiento estoy otorgando mi consentimiento para el uso y divulgación de la información protegida de mi salud para su tratamiento, actividades de pagos y operaciones del cuidado de mi salud.

Firma: _____ Fecha: _____

Si este consentimiento es firmado par un representante legal del paciente proporcione las siguientes datos:

Nombre del representante legal: _____

Relation con el paciente: _____

TIENE EL DERECHO A UNA COPIA DE ESTE CONSENTIMIENTO DESPUES DE FIRMADO. Incluir el Consentimiento total en el archivo de paciente.

CANCELACION DEL CONSENTIMIENTO

Yo canelo i consentimiento para su uso y divulgación de la información de mi salud para el tratamiento, las actividades de mis pagos y tratamientos de m salud.

Entiendo que esta cancelacion de mi consentimiento no afectara ninguna acción que ustedes tomaron asociada a mi consentimiento antes de haber recibido por escrito fa notificación de esta cancelación. También entiendo que ustedes pueden negarse a tratarme o continuar tratándome después de haber cancelado mi consentimiento.

Firma: _____ Fecha: _____