**Plage Dentistry**

**CaderaAUn formulario de consentimiento del paciente**

En abril de 2003, los nuevos requisitos federales con respecto a la aislamiento de la información para los pacientes de la atención médica tomaron efecto. HIPAA, la ley de portabilidad y rendición de cuentas del seguro de salud, requiere que todos los proveedores médicos/dentales, compañías de seguros y otros pongan en marcha controles para asegurar que su información personal dental/médica sea segura. Plage Dentistry solicita que cada paciente firme este formulario de consentimiento que nos permite compartir información de salud protegida con otras oficinas dentales y compañías de seguros. Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y la divulgación de la información de salud protegida sobre usted para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, excepto cuando ya hayamos hecho revelaciones en dependencia de su consentimiento previo.

Nuestro aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y revelar información de salud protegida sobre usted. Usted tiene el derecho de revisar nuestro aviso antes de firmar este consentimiento.

**Autorización para divulgar información en el archivo**

Muchos de nuestros pacientes permiten que los miembros de la familia, como su cónyuge, padres u otros, llamen y soliciten información. Bajo los requisitos para HIPAA no se nos permite dar esta información a nadie sin el consentimiento del paciente. Si desea que su información sea divulgada a personas concretas, debe autorizar y firmar este formulario. La firma de este formulario dará el consentimiento para entregar información dental a las personas indicadas a continuación. Este formulario de consentimiento no permitirá a Plage odontología divulgar cualquier otra información a estas personas especificadas.

Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, excepto cuando ya hayamos hecho revelaciones en dependencia de su consentimiento previo.

Autorizo a Plage Dentistry a que libere mi información dental a los siguientes individuos: \*

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relation al paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono number\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relation a Patient\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono number\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Autorización para dejar mensajes con Personas notadasmÁquina/Answering**

De vez en cuando es necesario que los representantes de Plage odontología dejen mensajes para los pacientes. El propósito de estos mensajes es recordar a los pacientes que tienen una cita, para notificar al paciente que el personal desea discutir problemas dentales o pedirle a un paciente que llame a la oficina con respecto a un problema o preocupación. En ningún momento, un representante de Plage Dentistry discutirá sus circunstancias dentales/médicas o condiciones sin su consentimiento. El propósito de este consentimiento es dejar mensajes con personas notadas o en su contestador automático.

Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito, excepto cuando ya hayamos hecho revelaciones en dependencia de su consentimiento previo.

Firma del paciente o Representative\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del paciente o Representative\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Si ninguna persona está listada, entonces permitiré que mi información dental/médica sea liberada a cualquiera.