**REGLAS DE LA HIPAA OMNIBUS**

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE AL RECIBO DEL AVISO DE PRACTIVAS DE PRIVACIDAD**

**FORMA DE AUTORIZACION LIMITADA**

**Usted puede reusar firmar recibo de este aviso/Si lo reusa, nosotros no podremos processor reclamo a su seguro social dental.**

Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La persona que firma acepta reci bo del aviso de practicas de privacidad para esta clinica dental. Una copia de este forma firm sera utilizada como un original. MI FIRMA SERVIRA COMO PERMISO PARA COMINICAR INFORMACION PERSONAL DE SAL RADIOGRAFIAS Y/O TRATAMIENTO A OTRO DOCTOR/OFICINA EN EL FUTURO.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Representante Legal Relacion al paciente

Sus comentarios referentes a este consentimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COMO DESEA QUE LE LLAMEN CUANDO ESTA EN LA AREA DE RECEPCION DE LA OFICINA:

○Primer nombre solamente ○Apellido ○Otrio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FAVOR DE NOMBRAR LAS PERSONAS QUE PUEDEN TENER ACSECO A SU INFORMACION DE SALUD:

(Estos incluyen padrastos, abuelos, cualquiera que rinda cuidado al paciente y tiene acseso a informacion de salud personal):

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

YO AUTORIZO QUE ME CONTACTEN DE ESTA OFICINA PARA CONFIRMAR CITAS, TRATAMIENTO O ESTADOS DE CUENTA POR SIGUIENTE VIA/S:

○TEL CELLULA ○TEL CASA ○TEL TRABAJO ○TEXTO ○CORREO ELECT.

YO AUTORIZO QUE ME COMUNIQUEN ACERCA DE MI INFORMACION DE SALUD/DENTAL POR LA SIGUIENTE VIA:

○TEL CELLULA ○TEL CASA ○TEL TRABAJO ○TEXTO ○CORREO ELECT.

YO AUTORIZO SER CONTACTADA ACERCA DE SERVICIOS, EVENTOS, INCLUYENDO EVENTOS ESPECIALES DE LA CLINICA PARA COMUNIDAD VIA:

○TEL CELLULA ○TEL CASA ○TEL TRABAJO ○TEXTO ○CORREO ELECT.

Al firmar esta forma de la HIPAA el paciente reconose y autoriza de que esta oficina pueda recomendar productos o servicios para promover y mejorar su salud. Esta oficina no recibe recompensacion de esas companias. Nosotros, bako los avisos mas recientes la Reglas de la HIPAA Omnibus mas reciente, le proveemos esto para su informacion y consentimiento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Para uso de esta oficina solamente/Office use only

As privacy officer, I attempted to obtain the patients (or representative) signature on the Acknowledgement but did not because:

\_\_It was emergency treatment

\_\_I could not communicate with the patient

\_\_The patient refused to sign

\_\_The patient was unable to sing because: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_Other(please describe) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature of Privacy Officer