FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO HIPAA DEL PACIENTE

Entiendo que tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Estos derechos me son otorgados bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA). Entiendo que al firmar este consentimiento autorizo a que utilicen y divulguen mi información de salud protegida para llevar a cabo:

- Tratamiento (incluido el tratamiento directo o indirecto por otros proveedores de atención médica involucrados en mi tratamiento);
- Obtención de pagos de terceros pagadores (por ejemplo, mi compañía de seguros);
- Las operaciones diarias de atención médica de su práctica.

También se me ha informado y dado el derecho de revisar y obtener una copia de su Aviso de Prácticas de Privacidad, el cual contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud protegida y mis derechos bajo HIPAA. Entiendo que se reserva el derecho de cambiar los términos de este aviso de vez en cuando y que puedo contactarlos en cualquier momento para obtener la copia más actual de este aviso.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones sobre cómo se utiliza y divulga mi información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, pero que no están obligados a aceptar estas restricciones solicitadas. Sin embargo, si aceptan, deberán cumplir con esta restricción.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento. Sin embargo, cualquier uso o divulgación que haya ocurrido antes de la fecha en que revoque este consentimiento no se verá afectado.

Firmado este _____ día de _____ 20 _____.

Nombre del Paciente _____

Firma _____

Relación con el Paciente _____

Smart Mouth Dental Care
236 River Vista Place, Suite 100
Twin Falls, Idaho 83301