

Acuse de recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

A Kidz Dental Zone
1935 E. 19th Street, Ste 200
The Dalles, OR 97058
(541) 296-8901 • www.akidzdental.com

Reconozco que he sido informado, revisado y tenido la oportunidad de obtener una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad. El Aviso de Prácticas de Privacidad explica cómo se puede usar y divulgar mi información médica protegida para fines de mi tratamiento, pago de servicios y el desempeño de las operaciones de atención médica de nuestro consultorio. También describe mis derechos, así como las responsabilidades y obligaciones de este consultorio con respecto a mi información médica protegida. Entiendo que puedo solicitar una copia completa del Aviso de Prácticas de Privacidad. Este consultorio se reserva el derecho de modificar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso en cualquier momento, siempre que dichos cambios estén permitidos por la ley aplicable, y de hacer efectivas las nuevas disposiciones del Aviso para toda la información médica protegida que obtengamos.

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN ADICIONAL

Autorizo la divulgación de mi información médica protegida a las siguientes personas para recibir información, analizar mis registros médicos y recibir mensajes de voz, correo electrónico y/o texto.

Nombre: Relación:

Nombre: Relación:

Nombre: Relación:

Nombre: Relación:

Firma del paciente (si tiene 18 años o más): Fecha:

Nombre del paciente (por favor, escriba en letra de imprenta):

Tutor legal (por favor, escriba en letra de imprenta): Parentesco:

Firma del tutor legal: Fecha:

Número telefónico:

SOLO PARA USO DE OFICINA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

ACUSE DE RECIBO NO OBTENIDO

Razón para no
obtención de
pacientes
firma:

☐ Se negó a firmar

☐ Una situación de emergencia nos impidió obtener el reconocimiento

☐ Físicamente incapaz de firmar

☐ No se ofreció ninguna razón

	☐ Otro (por favor especifique):
	Firma del empleado: