

## FORMA PACIENTE DEL CONSENTIMIENTO

Paciente Nombre: \_\_\_\_\_

Nuestro aviso de la aislamiento Las prácticas proporcionan la información sobre cómo podemos utilizar y divulgar protegido información de la salud sobre usted. El aviso contiene una sección paciente de las derechas describir las sus derechas bajo ley. Usted tiene la derecha de repasar nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Los términos de nuestro aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro aviso, usted puede obtener una copia revisada entrando en contacto con nuestra oficina.

Usted tiene la derecha que solicitar que restringimos cómo la información protegida de la salud sobre usted se utiliza o divulgado para el tratamiento, el pago o las operaciones del cuidado médico. Nos no requieren convenir esta restricción, pero si lo hacemos, nosotros honrará ese acuerdo.

Firmando esta forma, usted consiente a nuestro uso y acceso de la información protegida de la salud sobre usted para el tratamiento, pago y operaciones del cuidado médico. Usted tiene la derecha de revocar este consentimiento, en la escritura, firmado por usted. Sin embargo, tal revocación no afectará ninguna accesos nosotros han hecho ya en confianza en su consentimiento previo. La práctica proporciona esta forma a conformarse con la portabilidad y la responsabilidad del seguro médico Acto de 1996 (HIPAA).

El paciente entiende eso:

- La información protegida de la salud puede divulgúese o se utiliza para el tratamiento, el pago o las operaciones del cuidado médico.
- El resto de los accesos por la práctica requerirá la autorización específica de usted a menos que sea requerida por la ley.
- La práctica tiene un aviso de Las prácticas y ésta de la aislamiento el paciente tiene la oportunidad de repasar esto Note y reciba una copia.
- La práctica reserva la derecha a cambie el aviso de las políticas de aislamiento. La nueva política será fijada en cabildee y en el Web site.
- El paciente tiene la derecha a restrinja las aplicaciones de su información **utilizado para tratamiento, pago u operaciones**, solamente la práctica no tiene que convenir éstos restricciones.

Esto El consentimiento fue firmado cerca: Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del representante autorizado

Relación al paciente (si con excepción de paciente): \_\_\_\_\_

-----  
**(Firme por favor esta porción inferior si usted nos quisiera para poder discutir su tratamiento o arreglos financieros con cualesquiera individuos con excepción de se.)**

\_\_\_\_\_ de I, como a el paciente o el guarda de West Texas Oral y de la cirugía de Maxillofacial, autoriza la información médica con respecto mi tratamiento y cuidado que se discutirán con los individuos siguientes.

\_\_\_\_\_ del

Nombre (por favor impresión) Fecha de nacimiento la relación al paciente