

Berger Dental Group, P.A.

Consentimiento Para Uso y Revelación De Información De Salud

Sección A: Paciente dando consentimiento

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo-e: _____

Numero del Paciente: _____ Numero de Seguro Social: _____

Sección B: Para el paciente – Por favor lea las declaraciones siguientes cuidadosamente.

Intención del Consentimiento: Al firmar éste formulario, usted consentira para nuestro uso y revelación su información protegida de su salud para cumplir tratamiento, actividades de pago, y (uso) operaciones del cuidado de su salud.

Notificación de Prácticas Privadas: Usted tiene el derecho de leer nuestra Notificación de Prácticas Privadas antes de decidirse a firmar este Consentimiento. Nuestra Notificación provee una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago, y uso del cuidado de su salud, del uso y revelación que nosotros podemos hacer de su información protegida de su salud, y de otros asuntos importantes sobre la información protegida de su salud. Una copia de nuestra Notificación acompaña éste Consentimiento.

Nosotros lo/la animamos a leerlo cuidadosamente antes de firmar éste Consentimiento. Nosotros reservamos el derecho de cambiar nuestra práctica privacidadada como está descrito en nuestra Notificación de Practicas Privacidadas. En caso de cambio de practicas privacidadadas, nosotros distribuiremos una Notificación de Practicas Privacidadas revisadas, cual contendrá los cambios. Esos cambios pueden ser aplicados a cualquier información de su salud protegida que nosotros mantenemos.

Usted puede recibir una copia de nuestra Notificación de Practicas Privacidadas, incluyendo cualquier revisiones de nuestra Notificación, en cualquier momento al contactar:

Persona de Contacto: Oficial de Privacidad
Teléfono: (803) 787-9793 Facs: (803) 738-0300
Dirección: (Caja de correo) 6705, 5251 Forest Drive, Columbia, SC 29206

Derecho de Revocar: Usted tendrá el derecho de revocar éste Consentimiento en cualquier momento sometiéndolo a una notificación escrita de su revocación a la persona de contacto nombrada arriba. Por favor comprenda que una revocación de éste Consentimiento no afectará ninguna acción que tomamos en dependencia con éste Consentimiento antes de haber recibido su revocación, y que podríamos declinarlo de darle tratamiento ó continuar su tratamiento si revoca Consentimiento.

FIRMA

Yo, _____, tuve la oportunidad de leer y considerar el contenido del formulario de Consentimiento y su Notificación de Practicas Privacidadas. Yo comprendo que al firmar éste formulario de Consentimiento, yo les doy mi consentimiento para su uso y revelación de mi información protegida de mi salud para cumplir el tratamiento, actividades de pago y el cuidado del uso (operaciones) de salud.

Firma: _____ Fecha: _____

Si éste Consentimiento es firmado por un representante personal en lugar del paciente, complete lo siguiente:

Nombre del Representativo Personal: _____

Relación al Paciente: _____

Usted tiene derecho de obtener una copia de éste Consentimiento después de firmarlo.

Incluya el Cónsentimiento completo en la carta del paciente.