

FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA EL PACIENTE

Yo entiendo que tengo ciertos derechos de privacidad para proteger mi información médica. Estos derechos se me fueron otorgados bajo el Decreto de la Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico 1996 (**HIPAA**). Yo comprendo que al firmar este permiso yo autorizo el uso de mi información médica para realizar:

Tratamiento (incluyendo tratamiento directo ó indirecto que este involucrado con otros proveedores médicos)

Obtener pago de una tercera persona (incluyendo mi compañía de seguro)

El funcionamiento cotidiano de su práctica.

Yo tambien he sido informado que tengo derecho a revisar y obtener una copia de La Notificacion de las Practicas de Privacidad, que contiene un descripción mas completa de el uso y la propagación de mi información médica y mis derechos con **HIPAA**.

Yo entiendo que ustedes se reservan el derecho de cambiar los terminos de este aviso ocasionalmente y que yo puedo obtener una copia actualizada de este aviso.

Yo entiendo que tengo el derecho a requerir restricciones adicionales en la manera que mi información médica es usada y compartida para realizar tratamiento, operaciones médicas y para recibir pago; pero que ustedes no estan obligados a acordar con mis requisitos.

En caso de que ustedes estén de acuerdo, estarán obligados a cumplir con esas restricciones.

Yo entiendo que puedo revocar este consentimiento, por escrito en cualquier momento. Y que cualquier uso ó propagación de mi información que ocurra antes de esa fecha no sera afectado(a).

Firmado el día _____ de _____ 20____.

Nombre del Paciente: _____

Relación con el paciente: _____

Firma: _____

**STAPLES DENTAL CARE
427 W. 100 S.
ST. GEORGE, UTAH 84770**