Aava Dental

Reconocimiento del Recibo de la Declaración de Prácticas de Privacidad

Reconozco que he recibido una copia de la Declaración de prácticas de privacidad para las oficinas de Aava Dental. La Declaración de Prácticas de Privacidad describe los tipos de usos y revelaciones de mi información protegida de salud que podrían ocurrir en mi tratamiento, pago de servicios, o en el desempeño de las operaciones de la oficina de atención de la salud. La Declaración de Prácticas de Privacidad también describe mis derechos y las responsabilidades y deberes de esta oficina con respecto a mi información protegida de salud. La Declaración de Prácticas de Privacidad también se ha publicado en la instalación.

Aava Dental se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad que se describen en la Declaración de Prácticas de Privacidad. Si cambian las prácticas de privacidad, que se le ofrecerá una copia de la Declaración de Prácticas de Privacidad en el momento de mi primera visita después de las revisiones entrarán en vigor. También puede obtener una declaración de Prácticas de Privacidad, solicitando que se me enviará por correo.

AUTORIZACIÓN DE REVELACION DE INFORMACION ADICIONAL Además de las revelaciones permitidas descritas en la Declaración de Prácticas de Privacidad, por la presente autorizo específicamente la revelación de mi información protegida de salud a las personas indicadas a continuación.		
CUALQUIER MIEMBRO DE MI FAMILIA INMEDIATA	SI	NO
CONYUGE SOLAMENTE	SI	NO
OTRO (ESPECIFICAR)	SI	NO

_____ _____

Nombre del paciente o responsable Firma del paciente o responsable

_____ _____

Fecha Descripción de la autoridad del responsable

USO OFICIAL SOLAMENTE DEBAJO DE ESTA LÍNEA

REGISTRÓ DE RECONOCIMIENTO DE A NO SER OBTENIDOS

¿Proporcionado antes del tratamiento? SI NO

Fecha:

Razón de la negación: Necesita más tiempo para revisar la declaración de prácticas de privacidad.
Quería consultar con otra persona antes de firmar.
No puede firmar.
La razón no determinada.
Otro (explicar):