

Canyon Falls Dental PLLC

HIPAA- Consentimiento del paciente de la información

Canyon Falls Dental PLLC, para cumplir con la Regulación de privacidad HIPAA, requiere una autorización del paciente antes de que se dejen mensajes detallados para el paciente. Esta sistema es para proteger la privacidad del paciente y para proteger a los médicos y al personal de Canyon Falls Dental de violar la confidencialidad del paciente. Si no hay un consentimiento firmado en el expediente, los médicos y el personal solo dejarán su nombre y número de teléfono en un contestador automático, correo de voz o con una persona en vivo que conteste el teléfono y solicite al paciente que devuelva la llamada.

Al completar el consentimiento a continuación, usted está permitiendo que los médicos de Canyon Falls Dental PLLC y su personal dejen un mensaje en un contestador automático, correo de voz o con un individuo específico. Puede especificar qué información queda y con quién al anotar la información en la parte inferior de este formulario. Al firmar, también está dando su consentimiento para el envío por correo o por fax de los resultados, solicitados por usted, a su médico de atención primaria u otro médico involucrado en su atención.

Doy mi consentimiento para que los médicos y el personal de Canyon Falls Dental PLLC envíen un mensaje con respecto a la programación, tratamiento, cirugía, resultados de laboratorio o radiología, u otra información según sea necesario (marque todo lo que corresponda):

a través de un mensaje de texto
 en un contestador automático o correo de voz en casa o teléfono celular
 en un contestador automático o correo de voz en el trabajo
 con _____ relación _____
 con _____ relación _____

No doy mi consentimiento para que los mensajes se dejen en casa, en el trabajo o con cualquier otra persona. Yo deseo ser contactado directamente

Nombre del paciente (Imprimir)

Fecha de nacimiento

Firma del Paciente/ Tutor o Representante Personal

Fecha

Testigo

Fecha

HIPPA-Aviso de reconocimiento de práctica de privacidad

Recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Canyon Falls Dental.

He rechazado una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Canyon Falls Dental.

Firma del Paciente/ Tutor o Representante Personal

Fecha