

La FORMA PACIENTE de CONSENT

Entiendo que tengo los derechos a la intimidad con respecto a mi ha información protegida de salud. Estos derechos son dados a mí bajo la Transportabilidad de Seguro de Salud y Acto de Responsabilidad de 1996 (HIPPA). Entiendo que firmando este consentimiento que autorizó usted usar y revelar que mi ha información protegida de salud para llevarse a cabo:

- El tratamiento (inclusive dirige o el tratamiento indirecto por otros proveedores de asistencia sanitaria implicados en mi tratamiento);
- El pago que obtiene de pagadores de terceros (E.G. mi compañía del seguro);
- El día a operaciones de asistencia sanitaria de día de su práctica.

He sido informado también de, y dado el derecho de revisar y asegurar una copia de su Nota de Practicas de Intimidad, que contiene un más completa la descripción de los usos y revelaciones de mi información protegida de la salud, y de mis derechos bajo HIPPA. Entiendo que usted reserva el derecho de cambiar el término de esta nota del tiempo de cronometrar y que yo puedo avisar en cualquier vez para obtener la copia más actual de esta nota.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar que las restricciones en como mi ha información protegida de salud se usa y es revelada para llevarse a cabo el tratamiento, el pago, y las operaciones de asistencia sanitaria, pero que usted no es requerido a concordar a estas restricciones solicitadas. Sin embargo, si usted concuerda, usted es entonces atado conformarse con esta restricción.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento, a escribir, en cualquier vez. Sin embargo, ningún uso ni la revelación que ocurrieron antes de la fecha yo revoco este consentimiento no se afecta.

_____ Entiendo que si yo fallo tres visitas, seré terminado como paciente y tengo que seguir mi inicial tratamiento en toro lado. Entiendo que esas tres visitas falladas serán reportadas a mí seguridad para que ellos siguen con el acción de consecuencia.

_____ Entiendo que si por cualquier razón, mí actitud o maneras no son favorables, puedo ser inicial terminado inmediatamente como paciente y tendré que seguir con mí tratamiento en otro lado.

Firmo esto _____ día de _____, 20_____.

Imprima el Nombre Paciente: _____

La relacion al Paciente: _____

Signature: _____

Hometown Dental 1901 W. Irving Blvd. Irving, TX 75061 PH: 972-870-5800 FAX: 972-953-0201	Hometown Dental 3515 Sycamore School Rd. Suite 170 Fort Worth, TX 76133 PH: 817-927-8500 FAX: 817-927-8508	Hometown Dental 6332 Lake Worth Blvd. Lake Worth, TX 76135 PH: 817-237-3222 FAX: 817-237-0101	Hometown Dental 8620 Skillman St. Dallas, TX 75243 PH: 214-341-0900 FAX: 214-580-5202
---	--	--	--

Hometown Dental 1030 W. Arkansas In. Suite 210 Arlington, TX 76013 PH: 817-543-2222 FAX: 817-543-2299	Hometown Dental 4224 Gus Thomasson Rd. Suite A Mesquite, TX 75150 PH: 972-698-6685 FAX: 972-698-6688	Hometown Dental 43819 Hwy. 75 North Suite 100 Sherman, TX 75090 PH: 903-813-4867 FAX: 903-868-2032
---	--	--