

PARA NIÑOS: BIENVENIDO A NUESTRA PRÁCTICA

1) DESCRIBASE USTED

La Fecha de hoy: _____ NACIMIENTO: _____

Nombre del niño _____ EDAD: _____

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Apodo: _____ Masculino _____ Femenino _____

Escuela: _____ Grado: _____

Telefono #: _____

SS #: _____

Dirección del niño: _____

Depto # _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

2) ¿QUIEN ACOMPAÑA AL NIÑO HOY?

Nombre: _____

Relación: _____

¿Tiene custodia legal del el niño? Sí No

¿A quien agradecemos por su referencia? _____

¿Otros miembros de la familia que atendemos? _____

Dentista Previo/Present: _____

Calle: _____

Telefono #: _____ Ultima Visita: _____

Estado Marital de los Padres: _____

(SOLTERO, CASADO, DIVORCIADO)

3) INFORMACION DE LA MADRE:

Nombre: _____

Tel Trabajo #: _____ Ext. _____

Tel Casa #: _____

Empleador: _____

LIC #: _____

SS #: _____

INFORMACION DE EL PADRE:

Nombre: _____

Tel Trabajo #: _____ Ext. _____

Tel Casa #: _____

LIC #: _____

SS #: _____

4) INFO. DE LA PERSONA RESPONSABLE:

Nombre: _____

Dirección para el pago: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Tel Trabajo #: _____ Ext. _____

Tel Casa #: _____

Empleador: _____

LIC #: _____

SS #: _____

¿Quien es responsable de hacer las citas?

Nombre: _____

Tel Trabajo #: _____ Ext. _____

Tel Casa #: _____

5) SEGURO DENTAL PRIMARIO:

Nombre del Seguro: _____

Dirección: _____

Tel. de la Comp. de Seguro #: _____

Grupo/Poliza #: _____

Nombre del Asegurado: _____

Relación con el paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Empleador del Asegurado: _____

SS #: _____

Cobertura de Ortodoncia: Sí No

SEGURO DENTAL SECUNDARIO:

Nombre del Seguro: _____

Dirección: _____

Tel. de la Comp. de Seguro #: _____

Grupo/Poliza #: _____

Nombre del Asegurado: _____

Relación con el paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Empleador del Asegurado: _____

SS #: _____

Cobertura de Ortodoncia: Sí No

6) ¿POR QUE TRAJO A SU NIÑO AL ORTODONCISTA HOY?

¿Ha tenido el niño algun problema serio en relación al trabajo dental? Sí No

¿Toma agua con fluoruro? Sí No

¿Toma el niño suplementos de fluoruro? Sí No

¿Ha tenido el niño dolor o sensibilidad en la mandibular (TMJ/TMD)? Sí No

¿El niño se lava a diario los dientes? Sí No

¿Usa hilo dental? Sí No

Doctor de el niño: _____

Telefono #: _____ Ultima visita: _____

¿Esta el niño al cuidado de un doctor? Sí No

Describa la salud de el niño:

BUENA JUSTA MALA

Por favor liste las medicinas que tome el niño:

Por favor liste las drogas a las que el niño es alergico:

7) ¿HA TENIDO EL NIÑO ALGUNDA DE ESTOS PROBLEMAS MEDICOS?

Sí No *Murm* Sí No *Deficiencia del Corazón*

Sí No *Cancer* Sí No *Convulsiones Epilepsia*

Sí No *Diabetes* Sí No *Sangrado Abnormal*

Sí No *Fiebre Reuma* Sí No *Oido Dañado*

Sí No *SIDA/HIV* Sí No *Alguna Operación*

Sí No *Hemofilia* Sí No *Estuve en el Hospital*

Sí No *Asma* Sí No *Problemas Hígado/Riñon*

Sí No *Hepatitis* Sí No *Incapacidades*

Sí No *Tuberculosis* Sí No *Alergia a Drogas*

Sí No *Prostesis* Sí No *Fiebre Escarlatina*

Por favor describa cualquier enfermedad seria que el niño haya sufrido: _____

8) ¿EL NIÑO TIENE LOS SIGUIENTES HABITOS?

Sí No Chuparse el dedo pulgar/ el dedo indice

Sí No Chuparse el labio/morderlo

Sí No Morderse las uñas

Sí No Habitos de Biberon de niño

Nuestra oficina se compromete llenar o exceder los estandares de control de infección mandados por OSHA, CDC y ADA.

9) Yo entiendo que la información que he dado de acuerdo a mi conocimiento es correcta y que se mantendra en la mas estricta confidencialidad, que es mi responsabilidad el informar a esta oficina de cualquier cambio en el estado medico de mi niño. Yo tambien autorizo al personal dental que realice el servicio dental que mi niño necesite.

Firma De El Padre / Tutor

Fecha

El padre o tutor que acompaña al niño es responsable de el pago al tiempo que estos se reciban a menos que otros arreglos se hayan hecho antes de que se hayan aprobado.

SOLO PARA LA OFICINA – SOLO PARA LA OFICINA – SOLO PARA LA OFICINA

Yo he revisado verbalmente la información medica/dental con el padre o tutor y paciente presente.

Iniciales: _____ Fecha: _____

Comentarios de el Doctor: _____

Historia Medica Actualizada:

1. Fecha: _____ Firma: _____

Comentarios: _____

2. Fecha: _____ Firma: _____

Comentarios: _____

Fecha: _____

Nombre de Paciente: _____

Resultados del tratamiento

Por lo general, el tratamiento de ortodoncia se desarrolla tal como se planificó, y tratamos de hacer todo lo posible para alcanzar los mejores resultados en cada paciente. No obstante, no es posible garantizarle que usted estará completamente satisfecho con los resultados, ni podemos prever todas las complicaciones o consecuencias. El éxito del tratamiento depende de su cooperación al cumplir con las citas, mantener una buena higiene bucal, evitar perder o romper los aparatos, y seguir las instrucciones del ortodontista cuidadosamente.

Duración del tratamiento

La duración del tratamiento depende de varios factores, incluyendo la gravedad del problema, el crecimiento del paciente y el nivel de cooperación de éste. Generalmente, el tiempo real de tratamiento coincide con el tiempo estimado de duración del mismo, aunque éste puede extenderse si, por ejemplo, ocurre un crecimiento imprevisto o si existen hábitos que afectan las estructuras dentofaciales, si hay problemas periodontales o de otro tipo o si el paciente no coopera lo suficiente. Por lo tanto, tal vez sea necesario realizar cambios en el plan de tratamiento original. Si el tiempo de tratamiento se extiende más allá del estimado original, podrán considerarse honorarios adicionales.

Molestias

La boca es muy sensible y, por lo tanto, es posible que haya un período de adaptación durante el cual habrán molestias causadas por los aparatos de ortodoncia. Durante este período de ajuste, podrán utilizarse analgésicos que no requieran de receta médica.

Recaída

Un tratamiento de ortodoncia terminado no le garantiza dientes perfectamente derechos para el resto de su vida. Serán necesarios retenedores a fin de mantener los dientes en su nueva posición como resultado del tratamiento de ortodoncia. Deberá usar los retenedores según le indiquen. De no hacerlo, es posible que sus dientes se desplacen, además de padecer efectos adversos adicionales. Es necesario el uso de los retenedores durante varios años después del tratamiento de ortodoncia. Sin embargo, pueden ocurrir cambios después de dicho tiempo debido a causas naturales, incluyendo hábitos tales como empujar con la lengua, respirar por la boca y el crecimiento y maduración que continúan durante toda la vida. Con el tiempo, la mayoría de la gente verá que sus dientes se desplazan. Es posible que algunas irregularidades menores, particularmente en los dientes anteriores inferiores, tengan que aceptarse. Algunos cambios pudieran requerir tratamiento de ortodoncia adicional o, en algunos casos, cirugía. Algunas situaciones pueden requerir retenedores no removibles u otros aparatos dentales fabricados por su dentista general.

Extracciones

Algunos casos requerirán la remoción de dientes temporales (de leche) o permanentes. Existen riesgos adicionales relacionados con la remoción de dientes de los que usted deberá conversar con su dentista o con el cirujano bucal antes del procedimiento.

Cirugía Ortognática Algunos pacientes presentan desarmonías esqueléticas significantes que requieren tratamiento de ortodoncia en combinación con cirugía ortognática (dentofacial). Existen riesgos adicionales relacionados con esta cirugía

de los que usted deberá platicar con su cirujano maxilofacial antes de comenzar el tratamiento de ortodoncia. Tenga a bien saber que a menudo el tratamiento de ortodoncia anterior a la cirugía ortognática alinea los dientes dentro de los arcos dentales individuales. ¡En consecuencia, es posible que los pacientes que interrumpen el tratamiento de ortodoncia sin completar los procedimientos quirúrgicos planificados tengan una mal oclusión peor que cuando comenzaron el tratamiento!

Descalcificación y Caries Dental

Una excelente higiene bucal es fundamental durante el tratamiento de ortodoncia así como las visitas regulares a su dentista general. La higiene inadecuada o incorrecta podría resultar en cavidades, dientes manchados, enfermedad periodontal y/o descalcificación. Estos mismos problemas pueden ocurrir sin tratamiento de ortodoncia, pero el riesgo es mayor para una persona que usa aditamentos ortodóncicos u otros aparatos. Dichos problemas pueden agravarse si el paciente no ha tenido el beneficio de agua fluorurada o su sustituto, o si el paciente consume bebidas o alimentos endulzados.

Resorción Radicular

Las raíces de los dientes de algunos pacientes se acortan (resorción) durante el tratamiento de ortodoncia. No se sabe con exactitud la causa de la resorción, ni se puede predecir qué pacientes la experimentarán. Sin embargo, muchos pacientes a pesar de tener dientes con raíces seriamente acortadas los mantienen en boca durante toda su vida. Si la resorción se detecta durante el tratamiento de ortodoncia, es posible que su ortodontista le recomiende una pausa en el tratamiento o la remoción de los aparatos antes de completar el tratamiento de ortodoncia.

Daño del Nervio

Dientes que han sufrido trauma debido a un accidente o caries profundas pueden haber causado daño a su nervio. Es posible que en algunos casos, el movimiento ortodóncico agrave esta situación. En algunos casos, puede ser necesario realizar tratamientos de conductos. En casos graves, se pueden perder los dientes.

Enfermedad Periodontal

La enfermedad periodontal (encía y hueso) puede desarrollarse o empeorarse durante el tratamiento de ortodoncia debido a muchos factores, aunque con mayor frecuencia se debe a la falta de una adecuada higiene bucal. Un dentista general o si fuera indicado, un periodoncista deberá monitorear cada tres o seis meses su salud periodontal durante el tratamiento de ortodoncia. Si los problemas periodontales no pueden controlarse, es posible que el tratamiento de ortodoncia haya que interrumpirlo antes de finalizar.

Lesiones Causadas por los Aparatos de Ortodoncia

Deberán evitarse las actividades o alimentos que pudieran dañar, aflojar o desalojar los aparatos de ortodoncia. Los aparatos de ortodoncia desalojados o dañados pueden inhalarse o tragarse o podrían causar otros daños al paciente. Usted deberá informar a su ortodontista de cualquier signo inusual o sobre cualquier aparato flojo o roto en cuanto lo note. Es posible que se dañe el esmalte de un diente o una restauración (corona, resina, carilla, etc.) cuando se retiren los aparatos de ortodoncia. Este problema es más probable que ocurra cuando se elije aparatos estéticos (transparentes o de color dental). Si se dañara un diente o una restauración, será necesario que su dentista realice una restauración del diente o dientes involucrado/s.

Arcos Faciales

Los arcos faciales pueden causar lesiones al paciente, tales como daño al rostro o los ojos. En el caso de lesiones o especialmente una lesión en los ojos, aunque sea menor, deberá buscar ayuda médica inmediata. Evite usar arcos faciales en situaciones donde exista alguna posibilidad de que fueran desalojados o arrancados. Las actividades deportivas y juegos deberán evitarse cuando se usen arcos faciales.

Disfunción de la Articulación Temporomandibular (Mandíbula)

Pueden ocurrir problemas en las articulaciones mandibulares, v.g., las articulaciones temporomandibulares, causando dolor, dolores de cabeza o problemas de oído. Existen muchos factores que pueden afectar la salud de las articulaciones temporomandibulares, incluyendo traumas pasados (golpes en el rostro o cabeza), artritis, tendencia hereditaria a problemas en las articulaciones temporomandibulares, desgastar o apretar excesivamente los dientes, mordida mal equilibrada y múltiples trastornos médicos. Los problemas de las articulaciones temporomandibulares pueden ocurrir con o sin tratamiento de ortodoncia. Cualquier síntoma de las articulaciones temporomandibulares, incluyendo dolor, chasquido del maxilar inferior o dificultad para abrir o cerrar, deberá informarse de inmediato al ortodontista. Tal vez sea necesario un tratamiento con otros especialistas médicos o dentales.

Dientes Retenidos, Anquilosados y No Erupcionados

Los dientes pueden retenerse (quedar atrapados debajo del hueso o encía), anquilosarse (quedar fusionados al hueso) o no erupcionar. A menudo, estas situaciones ocurren sin motivo aparente y, generalmente, no pueden preverse. El tratamiento de dichas condiciones depende de la circunstancia particular y de la importancia del diente involucrado, y puede requerir su extracción, exposición quirúrgica, trasplante quirúrgico o reemplazo protésico.

Ajuste Oclusal

Pueden haber mínimas imperfecciones en la manera de que sus dientes muerden después de finalizar el tratamiento. Tal vez sea necesario un procedimiento de equilibrio oclusal, método de desgaste utilizado para perfeccionar la oclusión. Asimismo, puede ser necesario retirar una pequeña cantidad de esmalte de entre los dientes, con lo que se logra "aplanar" las superficies a fin de disminuir la posibilidad de una recidiva.

Resultados No Ideales

Debido a una amplia variación en el tamaño y forma de los dientes, dientes faltantes, etc., es posible que no se pueda lograr un resultado ideal (por ejemplo, cierre completo de un espacio). Es posible que se indique un tratamiento de restauración dental, tal como adhesivos estéticos, coronas o puentes o terapia periodontal. Le recomendamos que le pregunte a su ortodontista y dentista sobre atención accesoria.

Terceros Molares

Cuando los terceros molares (muelas del juicio) se desarrollan, es posible que sus dientes cambien su alineación. Su dentista y/u ortodontista deberá monitorearlos a fin de determinar si será necesario extraer los terceros molares y, en caso afirmativo, cuándo.

Iniciales del Paciente o del Padre/Guardián _____



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA CÓMO PUEDE ACCEDER A ELLA.
POR FAVOR LÉALO CON ATENCIÓN.

LA PRIVACIDAD DE SU SALUD ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS.

NUESTRA OBLIGACION LEGAL

Estamos obligados por ley federal y estatal de mantener la privacidad de su información médica. También tenemos la obligación de darle esta noticia sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestro deber legal, y sus derechos sobre su información médica. Debemos de seguir todas las prácticas de privacidad que están definidos en esta noticia mientras este en efecto. Esta noticia toma efecto 4/1/03, y se mantendrá en efecto hasta que lo reemplacemos.

Reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y términos de esta noticia en cualquier momento, que se permitan legalmente. Reservamos el derecho de hacer los cambios en nuestras practicas de privacidad y los nuevos términos en efecto para toda información medica que mantenemos, incluyendo información medica que hayamos creado o recibido antes de hacer el cambio. Antes que hagamos un cambio significado en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos esta noticia y tendremos la nueva noticia disponible a su requisito.

Puede requerir una copia de nuestra noticia en cualquier momento. Para mas información sobre nuestras practicas de privacidad o para copias adicionales de esta noticia, por favor contáctennos por medio de la información al final de este formulario.

Divulgación de su información médica.

Usamos esta información media sobre su tratamiento, pago, y servicios medicos.

Tratamiento: Podemos usar o divulgar su información sobre su medica a un doctor u otro proveedor de salud que le ofrezca tratamiento.

Pago: Podemos usar o divulgar su información médica para obtener pago por los servicios recibidos.

Servicios de Salud:

Podemos usar o divulgar su información de salud en conexión con nuestros servicios de salud. Servicios de salud incluye asesoría para mejorar calidad y actividades, revisar las calificaciones de proveedores de salud y doctores, conducir entrenamientos de programas, certificación, licencia o actividades.

Su Autorización: Para añadir a nuestro uso de su información de salud para tratamiento, pago o servicios medicos, nos puede dar una nota escrita con autorización para usar su información medica o para divulgar lo a cualquiera para cualquier propósito. Si usted nos da una autorización, lo puede revocar por escrito, en cualquier momento. Su revocación no le afectara cualquier uso permitido por su autorización mientras este en efecto.

Para su familia, amistades y personas envueltas en su cuidado: Debemos divulgar la información de su salud a usted, como escrito en los Derechos de Paciente de esta Noticia. Podemos divulgar su información médica para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia o a otra persona responsable de su atención sobre su estado de salud, o con los pagos de sus tratamientos médicos. Podemos usar o divulgar su información medica para notificar o asistir en la notificación de (incluyendo identificación o localizar) a un miembro de familia, su representante personal u otra persona responsable por su cuidado, su localidad, su condición en general o fallecimiento. También realizaremos decisiones profesionales para su mejor interés, permitiendo a una persona que retire su prescripciones, elementos médicos, rayos equis, u otros formularios similares de información medica.

Requerido por ley: Podemos usar o divulgar su información medica cuando seamos requeridos por ley.

Prácticas de Actividades de Salud: Podemos divulgar su información médica a las autoridades de salud pública para fines relativos a: prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.

Descuido de Salud: Podemos requerir a divulgar información para asistir en investigación y auditorias, elegibles para programas del gobierno y actividades similares.

Procedimientos judiciales y administrativos: Podemos divulgar su información médica en el transcurso de cualquier procedimiento judicial o administrativo.

Agencias policiales: Podemos divulgar su información médica a autoridades policiaicas requeridas por ley.

Amenazas de salud y seguridad: Podemos usar y divulgar su información cuando sea necesario para evitar amenazas serias a su salud y bienestar, la del publico u otra persona. Compensación del trabajador: Podemos divulgar información sobre used para beneficios de compensación del trabajador o programas similares para proveer beneficios de lesiones o enfermedades del trabajo. .

Abuso o negligencia: Podemos divulgar información a las autoridades apropiadas si hay razón para pensar que es víctima de abuso, negligencia, o violencia domestica o posible víctima de otros crímenes. Podemos divulgar su información médica para prevenir una amenaza seria de su salud o bienestar de otros.

Seguridad Nacional: Podemos divulgar información médica sobre personal de las fuerzas armadas a autoridades militares, debajo de ciertas circunstancias. Podemos divulgar información médica a autoridades federales requeridas por ley a agencias de inteligencia u otras actividades de seguridad nacional. Podemos divulgar a estatales de corrección o oficiales que tengan el deber de la custodia del preso, en ciertas circunstancias.

Recordatorios de Citas: Podemos usar o divulgar su información medica para recordarle de sus citas (mensajes en grabadora, nota postal o cartas). También le podemos contactar para dar información sobre tratamientos alternativos o información media que puede ser de su interés.

Derechos del Paciente

Acceso: Tiene el derecho de adquirir o ver copias sobre su información medica con excepciones limitadas. Deberá someter su requisito por escrito para obtener su información médica. Podrá obtener un formulario para obtener acceso usando la información de contacto al final de este formulario. Le cobraremos una fianza razonable para el costo de copias y el tiempo de nuestros empleados.

Declaración de Contabilidad: Tiene el derecho de recibir una lista la cual nosotros o nuestros asociados han revelado su información medica con otro propósito que no incluye tratamiento, pago, operaciones medicas y ciertas actividades por los últimos 6 años, pero no antes del 14 de Abril 2003. Si usted pide esta información más de una vez en 12 meses, le podremos una fianza razonable, por el requisito de los pedidos adicionales.

Restricción: Tiene el derecho de pedir restricciones adicionales en nuestro uso o divulgación de su información medica. No estamos obligados a estar de acuerdo con las restricciones adicionales, pero si lo hacemos, seguiremos nuestro acuerdo (excepto en una emergencia).

Comunicación Alternativa: Tiene el derecho de pedir que nos comuniquemos con usted, sobre su información medica, por otros medios de comunicación o localidades. (Deberá pedir el requisito por escrito.) Su requisito deberá especificar la comunicación alternativa o lugar y proveer una explicación satisfactoria sobre como los pagos serán cumplidos debajo de esta alternativa.

Modificación: Tiene el derecho de pedir que se modifique su información medica. (Su requisito deberá ser por escrito y deberá explicar porque la información tiene que ser modificada.) Podemos rechazar su requisito debajo de ciertas circunstancias.

Noticia Electrónica: Si recibe esta notificación por nuestra pagina de web o por correo electrónico, tiene el derecho de recibir esta notificación por escrito.

PREGUNTAS Y QUEJAS

Si desea obtener información sobre nuestras prácticas de privacidad o si tiene preguntas o dudas, por favor contáctenos.

Si tiene inquietud de que podíamos haber violado sus derechos de privacidad, o si no esta de acuerdo con la decisión que hemos hecho sobre su información medica o en respuesta a su requisito de modificar o restringir la divulgación de su información medica o su petición que nos comuniquemos con usted de método alternativo, puede quejarse con nosotros usando la información al final de esta noticia. También puede someter su queja al Departamento de Salud y Servicio Humano. Le proporcionaremos con la dirección para someter su queja al Departamento de Salud y Servicio Humano si le requiere.

Le apoyamos su derecho a la privacidad de su información médica. No nos desquitaremos de ninguna manera si usted decide someter una queja al Departamento de Salud y Servicio Humano.

Oficial..... DIRECTOR DE OFFICINA

Teléfono..... (855) 272-2374

Correo Electrónico..... shoocorp@fl4braces.com

Dirección Corporativa..... 3001 Executive Drive Suite 180 Clearwater, FL 33762

AUTORIZACIÓN PARA USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

SECCION A: DANDO CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Nombre : _____
Dirección: _____
Telefono: _____ Correo Electronico: _____
Paciente#: _____ Seguro Social: _____

SECCION B: AL PACIENTE- POR FAVOR LEER LAS DECLARACIONES CUIDADOSAMENTE

Propósito de Consentimiento: Firmando este formulario, esta de acuerdo con nuestra declaración sobre su información medica protegida, para cargar con nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones de salud.

Noticias de Prácticas Privadas: Tiene el derecho de leer nuestra Noticia de Practicas Privadas antes que decida si va a firmar este consentimiento. Nuestra noticia proporciona una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones de salud, de las declaraciones o usos que se haga sobre su información medica protegida, y sobre otras informaciones importantes sobre su información medica protegida. Una copia de nuestra noticia acompaña este consentimiento. Le aconsejamos que lea este formulario con cuidado y completamente.

Reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad como descrito en nuestra Noticia de Practicas Privadas. Si cambiamos nuestras practicas de privacidad, tendremos una modificación de Noticia de Practicas Privadas, cual tendrán los cambios. Esos cambios pueden ser aplicados a cualquier tipo de información de su salud medica protegida, que mantenemos.

Puede obtener una copia de Nuestras Practicas Privadas, incluyendo cualquier revisión de Nuestras Noticias, en cualquier momento contactando:

Oficial..... DIRECTOR DE OFFICINA

Teléfono..... (855) 272-2374

Correo Electrónico..... shoocorp@fl4braces.com

Dirección Corporativa..... 3001 Executive Drive Suite 180 Clearwater, FL 33762

Derecho de Revocar: Usted tendrá el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento con sometiendo una carta escrita de su revocación a la persona de contacto anotada arriba. Por favor entienda que esta revocación no afectara cualquier acción que tomemos en este consentimiento antes que hayamos recibido su revocación, y que le podemos rechazar su tratamiento si revoca este consentimiento.

FIRMA
Yo, _____, he teniendo la oportunidad completa de leer y considerar el la información de este consentimiento y su Noticias de Practicas Privadas. Yo entiendo que al firmar este consentimiento, estoy dando mi consentimiento para usar y divulgar de mi información de salud protegida para obtener tratamiento, actividades de pagos y operaciones de salud.

Firma: _____ Fecha: _____

Si este consentimiento esta firmado por un representante personal de parte del paciente, complete lo siguiente:

Nombre del Representante Personal: _____

Relación al Paciente: _____

REVOCAION DE CONSENTIMIENTO

Yo revoco mi consentimiento para su uso y divulgación de mi información medica protegida para información de tratamiento, actividad de pagos y operaciones de salud.

Yo entiendo que la revocación de mi consentimiento no afectara ninguna acción en mi consentimiento antes que allá recibido esta Noticia de Revocación. También entiendo que usted puede declinar el tratamiento o continuar el tratamiento que me den, después de que revoque mi consentimiento.

Firma: _____ Fecha: _____

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS PRIVADAS

Puede Rechazar Firmar este Reconocimiento

Yo, _____, he recibido una copia de esta
Noticia de Practicas Privadas.

Imprima su Nombre

Firma

Fecha

Para Uso Oficial

Intentamos obtener un consentimiento escrito del recibo de nuestras Noticias de Practicas Privadas, pero el reconocimiento no pudo ser obtenido por las siguientes razones:

- Individuo rechazo firmar
- Problemas de comunicación prohibió el obtener el reconocimiento
- Una emergencia impidió obtener el reconocimiento
- Otro (Por favor especifique)

