



Frederick KiDDS
PEDIATRIC DENTISTRY

Ley de Privacidad

Paciente (s) Nombre con Fecha (s) de Nacimiento

He leído y entiendo mis derechos dados a mi bajo la Ley de Seguro de Salud de Portabilidad de 1996 (HIPAA). Entiendo que al firmar este consentimiento autorizo Frederick Kidds Odontopediatria usar y divulgar mi información médica privada para llevar a cabo:

- El tratamiento (incluyendo el tratamiento directo o indirecto por otros profesionales de la salud que implica mi tratamiento)
- Información de pago Obtención de terceros (por ejemplo, mi compañía de seguros)
- El día a día las operaciones de asistencia sanitaria de Frederick Kidds Odontopediatria

Yo entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones sobre cómo se utiliza mi información de salud protegida y revelada para llevar a cabo el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, pero Frederick Kidds Odontopediatria no está obligado a aceptar estas restricciones solicitadas. Sin embargo, si Frederick Kidds Odontología Pediátrica está de acuerdo, están obligados a cumplir con esta restricción. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento. Sin embargo, cualquier uso o divulgación que se produjo antes de la fecha que revocar este consentimiento no se va afectar.

Iniciales. _____

Consentimiento de Amigos y Familia

Doy mi consentimiento para los siguientes miembros de la familia y amigos para acompañar al niño / s que aparece arriba para sus / sus citas con el dentista y para actuar en mi nombre para dar su consentimiento para cualquier tratamiento dental o de diagnóstico. También doy permiso para que las siguientes personas a recibir información privada sobre mi hijo / s con respecto al tratamiento, condiciones dentales y de la historia de la salud en lo que respecta a la visita al dentista. Además, entiendo que quien debe llevar a mi hijo a su / su nombramiento será responsable por el pago en el momento se prestan los servicios.

Puedo ser alcanzado en (número de teléfono) _____ si surgen preguntas.

Iniciales _____

Nombre de Familiar / Amigo _____

Relación con el paciente _____

Nombre de Familiar / Amigo _____

Relación con el Paciente _____

La Media Social

Yo doy consentimiento para Frederick KiDDS Odontología Pediátrica de usar mi hijo / fotografía y semejanza de s en todas las formas de medios de comunicación social y cualquier otro propósito legal relativa a Frederick Kidds Odontología Pediátrica.

Iniciales _____

Firma de Padre o Guardian Legal _____

Fecha _____

Relación con el paciente _____