

Showtime Dental and Orthodontics
3401 Altamesa Blvd. #128
Fort Worth, TX 76133
Phone (817) 361-8111 Fax (817)817-361-8113

Consentimiento para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica

El consentimiento para el uso o la divulgación de mi información de salud protegida con el fin de diagnosticar o proporcionar tratamiento a mí, obtener el pago para mis facturas de atención de salud o para llevar a cabo la atención de la salud. Tengo entendido que diagnóstico o tratamiento de mí puede estar condicionado al mi consentimiento evidenciada por mi firma en este documento.

Entiendo que tengo el derecho a solicitar una restricción en cuanto al cómo mi información de salud protegida se utiliza o divulga para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica de la práctica. La organización anterior no es necesario ponerse de acuerdo a las restricciones que permito solicitar. Sin embargo, si la organización anterior se compromete a una restricción que solicito, la restricción es vinculante para la organización anterior.

Tengo el derecho a revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que la organización anterior ha tomado acción en dependencia de este consentimiento.

Mi "información de salud protegida" significa la información de salud, incluyendo mi información demográfica, recopilada de mí y creado o recibido por mi médico, otro proveedor de atención médica, un plan de salud, mi empleador o un centro de atención de salud. Esta información de salud protegida se refiere a mi pasado, presente o futura salud física o mental o condición y me identifica, o hay una base razonable para creer que la información puede identificarme.

Entiendo que tengo derecho a revisar la organización anterior aviso de prácticas de privacidad previo a su firma de este documento. Me ha proporcionado el aviso de prácticas de privacidad. La notificación de prácticas de privacidad describe los tipos de usos y revelaciones de mi información de salud protegida que se producirán en mi tratamiento, el pago de mis facturas o en el desempeño de la operación de atención de salud de la organización anterior. La notificación de prácticas de privacidad también se proporcionan en la organización supra y en el sitio Web si es aplicable. Este aviso de prácticas de privacidad también describe mis derechos y deberes de la organización con nombre anterior con respecto a mi información de salud protegida.

Lo anterior llamado reservas de la organización el derecho a cambiar las prácticas de privacidad que se describen en la notificación de prácticas de privacidad. ¿Puedo obtener un aviso de prácticas de privacidad revisada por llamar a la Oficina y solicitar una copia revisada enviada por correo o pidiendo uno en el momento de mi próxima cita.

Firma del paciente o representante personal

Nombre del paciente o representante personal

Fecha

Descripción de la autoridad del representante personal