

Stummer Grupo de Medicina Dental y Del Suneno
Consentimiento del Paciente

Nombre del paciente _____ Fecha _____

Por favor de imprimir

Dr. Stummer y personal (la práctica dental) cumplir con las pautas HIPAA establecidas por el Gobierno Federal.

Usted como paciente, comprendo expresamente y puede aceptar lo siguiente.

1) Los recordatorios de las próximas citas programadas se puede dejar en un contestador automático del hogar o con un miembro de la familia. Los recordatorios también se pueden enviar a través de una postal. Mensaje de texto o mensaje de correo de voz.

2) La práctica puede dejar un mensaje de voz o mensaje de texto en mi teléfono celular personal de cualquier naturaleza, incluidos los próximos tratamientos, medicamento e información de seguimiento si ne proporcionado mi celular.

3) La información de salud protegida puede divulgarse o usarse para tratamiento pago u opciones de atención médica.

4) La práctica tiene un "aviso de prácticas de privacidad" y el paciente tiene la oportunidad de revisar este aviso. La práctica se reserva el derecho de cambiar su Aviso de Prácticas de privacidad.

5) Usted como nuestro paciente, tiene derecho a revocar a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento.

6) La información de salud divulgada por la práctica después de este consentimiento puede ser revelada por está protegida por estas prácticas.

7) La notificación de nuestro recibo en la práctica de su aparato dental o otro tratamiento dental que se envió a un laboratorio, puede dejarse en un contestador automático o con un miembro de la familia. Del mismo modo, si el articulo tardes en regresar de un laboratorio, también se puede dejar un mensaje.

Este consentimiento es acordado y firmado por :

Firma del paciente o tutor legal

Fecha

Autorizo la divulgación de cualquiera de mis registros médicos a las siguientes personas:

Nombre

Relación

Nombre

Relación