

ROYAL DENTAL CLINIC

530 W. Huron
Pontiac, MI 48341
Tel. (248) 334-5500
Fax (248) 338-0500

Forma de Certificacion y Consentimiento del Paciente

Efectivo el 14 de abril del 2003, la nueva ley Federal, conocida como "Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (HIPAA)" requiere que esta oficina cumpla con ciertas reglas concernientes a mantener la privacidad de la informacion que hemos coleccionado y que coleccionaremos en el futuro de usted.

Para cumplir con uno de los requerimientos de HIPAA, le estamos proveyendo una copia de nuestra Notificacion de Practicas de Privacidad. Esta Notificacion de Practicas de Privacidad contiene la informacion que HIPAA nos requiere revelar concerniente a nuestras practicas de privacidad. Leyes existentes en Michigan requiere que (en adiccion a nuestro intento en obtener su certificacion escrita, discutido arriba) nosotros primero obtengamos su consentimiento escrito previo a cualquier divulgacion de su informacion excepto para nuestra divulgacion en conexion con: defender una demanda desafiando nuestra competencia profesional; revision de las funciones de entidad; demanda para pago de honorarios; la investigacion de nuestros archivos pagaderos por terceras personas; una orden judicial como parte de una investigacion criminal; la identificacion de un cadaver; investigacion de licenciatura; o una investigacion de abuso / negligencia de un nino.

Puede que sea necesario el que nosotros divulguemos la informacion en conexion con su tratamiento de tiempo en tiempo. Por ejemplo, podemos hacer referidos o consultar con otro dentista u otro profesional de la salud, proveerle muestras a un laboratorio para pruebas o de otro modo, hacer divulgaciones de su informacion en conexion con proveerles o coordinar su tratamiento.

Certificacion del Paciente

Favor de firmar esta forma bajo el encabezado "Certificacion" para reconocer que usted ha recibido hoy una copia de nuestra notificacion de practicas de privacidad.

Certifico haber rcibido hoy copia de la Notificacion de las Practicas de Privacidad.

Firma del Paciente (firma)

Nombre del Paciente(Molde)

Fecha

Para uso de oficina solamente
Paciente Rehusa a Firmar

Las siguientes circunstancias prohibieron al paciente el firmar la certificacion:

Una situacion de emergencia le impidio al paciente firmar la Certificacion.

Personal de la oficina (firma)

Persona de la oficina(Molde)

Fecha

Consentimiento del paciente

Favo. de firmar esta forma bajo el encabezado de "Consentimiento" para dar consentimiento a divulgar su informacion que estimemos necesarias a fin de proveerle con un tratamiento apropiado.

Doy consentimiento a la divulgacion de mi informacion que estime necesaria en conexion con mi tratamiento. Entiendo que tal divulgacion no podra ser del tipo listado arriba.

Firma del paciente (firma)

Nombre del Paciente(molde)

Fecha