

EL CONSENTIMIENTO DE REVELACION

(Para el Uso y o la Revelación de Información Protegida de Salud)

Yo por la presente doy consentimiento a **COVE CHOICE DENTAL** utilizar y revelar mi información protegida de la salud para el propósito de tratamiento, operaciones de pago y asistencia médica.

Puede cancelar este consentimiento en cualquier momento. Su cancelación debe ser por escrito, firmado y entregado a la dirección abajo. Puede entregar esto en persona o por correo pero sólo podrá ser efectivo cuando lo recibamos.

Tiene el derecho de solicitar restricción en el uso y revelación de su información de salud para el propósito de tratamiento, operaciones de pago o asistencia médica. Nosotros no somos requeridos a otorgar su petición, sin embargo si hacemos, la restricción será obligatoria a nosotros.

Nuestra Póliza Anunciada de la Intimidad proporciona información más detallada sobre el uso y la revelación para su información protegida de la salud. Tiene el derecho de revisar nuestra Póliza Anunciada de Intimidad antes que firme este consentimiento.

Reservamos el derecho de enmendar los términos de nuestra Póliza Anunciada de Intimidad. Puede obtener una copia de la póliza actual solicita el personal de recepción.

HIPPA RECONOCE

He tenido una oportunidad de revisar la Nota de Prácticas de Intimidad.

Imprima Nombre de Paciente * _____

Firma _____ Fecha _____

Si firmará como el representante del paciente:

Imprima su Nombre _____

Relación _____

Bienvenidos y gracias por dejarnos preocuparnos por tu sonrisa!



Cuando la calidad y la materia de confort, la ELECCIÓN es simple.