

La FORMA PACIENTE de CONSENT

Entiendo que tengo los derechos a la intimidad con respecto a mi ha información protegida de salud. Estos derechos son dados a mí bajo la Transportabilidad de Seguro de Salud y Acto de Responsabilidad de 1996 (HIPPA). Entiendo que firmando este consentimiento que autorizó usted usar y revelar que mi ha información protegida de salud para llevarse a cabo:

- El tratamiento (inclusive dirige o el tratamiento indirecto por otros proveedores de asistencia sanitaria implicados en mi tratamiento);
- El pago que obtiene de pagadores de terceros (E.G. mi compañía del seguro);
- El día a operaciones de asistencia sanitaria de día de su práctica.

He sido informado también de, y dado el derecho de revisar y asegurar una copia de su Nota de Practicas de Intimidad, que contiene un más completa la descripción de los usos y revelaciones de mi información protegida de la salud, y de mis derechos bajo HIPPA. Entiendo que usted reserva el derecho de cambiar el término de esta nota del tiempo de cronometrar y que yo puedo avisar en cualquier vez para obtener la copia más actual de esta nota.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar que las restricciones en como mi ha información protegida de salud se usa y es revelada para llevarse a cabo el tratamiento, el pago, y las operaciones de asistencia sanitaria, pero que usted no es requerido a concordar a estas restricciones solicitadas. Sin embargo, si usted concuerda, usted es entonces atado conformarse con esta restricción.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento, a escribir, en cualquier vez. Sin embargo, ningún uso ni la revelación que ocurrieron antes de la fecha yo revoco este consentimiento no se afecta.

_____ Entiendo que si yo fallo tres visitas, seré terminado como paciente y tengo que seguir mi inicial tratamiento en toro lado. Entiendo que esas tres visitas falladas serán reportadas a mí seguridad para que ellos siguen con el acción de consecuencia.

_____ Entiendo que si por cualquier razón, mí actitud o maneras no son favorables, puedo ser inicial terminado inmediatamente como paciente y tendré que seguir con mí tratamiento en otro lado.

Firmo esto _____ día de _____, 20_____.

Imprima el Nombre Paciente: _____

La relacion al Paciente: _____

Signature: _____

Hometown Dental
1901 W. Irving Blvd.
Irving, TX 75061
PH: 972-870-5800 FAX:
972-953-0201

Hometown Dental
3515 Sycamore School Rd. Suite 170
Fort Worth, TX 76133
PH: 817-927-8500
FAX: 817-927-8508

Hometown Dental
6332 Lake Worth Blvd.
Lake Worth, TX 76135
PH: 817-237-3222
FAX: 817-237-0101

Hometown Dental
8901 Tehama Ridge Pkwy,
Suite 119
Fort Worth, TX 76177
PH: 817-543-2222

Hometown Dental
3825 Yucca Ave
Suite 121
Fort Worth, TX 76111
PH: 214-341-0900

Hometown Dental
3819 Hwy. 75 North Suite 100
Sherman, TX 75090
PH: 903-813-4867
FAX: 903-868-2032