

Aviso de privacidad y consentimiento

Jaquery Dental Inc.

56 Penny Lane Suite C, Watsonville CA 95076

Definiciones

- La **Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico** (HIPAA, por sus siglas en medio) está diseñada para proteger la privacidad de los pacientes.
- Un consentimiento HIPAA es un documento que un paciente firma para confirmar la recepción o acuse de recibo de una declaración de Aviso de Prácticas de Privacidad de la oficina del profesional de la salud según lo requiere la ley.
- La declaración completa está disponible en Jaquery Dental Inc. También está en el sitio web de Jaquery Dental Inc., FreshSmileWatsonville.com.

Aviso de consentimiento

- Entiendo que tengo derecho a la privacidad con respecto a mi información de salud, de acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA). Entiendo que al firmar este Consentimiento autorizo a Jaquery Dental Inc. a usar y divulgar mi información de salud protegida a:
- Proporcionar tratamiento dental (incluidos los proveedores directos o indirectos afiliados a Jaquery Dental Inc.)
- Obtener el pago de terceros pagadores (por ejemplo, compañías de seguros)
- Lleve a cabo operaciones diarias de atención médica en Jaquery Dental Inc.
- Se me ha informado y se me ha dado el derecho de revisar y asegurar una copia de un Aviso de prácticas de privacidad, que contiene una descripción completa de los usos y divulgaciones de mi información médica protegida, y mis derechos bajo HIPAA. Entiendo que usted se reserva el derecho de cambiar los términos de este aviso y que puedo ponerme en contacto con usted en cualquier momento para obtener la versión más reciente.
- Entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones sobre cómo se usa y divulga mi información de salud protegida para recibir tratamiento, autorizar pagos y permitir operaciones de atención médica, pero que no está obligado a aceptar ninguna restricción que pueda solicitar. Sin embargo, si está de acuerdo, está obligado a cumplir con mis restricciones solicitadas.
- Entiendo que puedo revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento. Sin embargo, cualquier uso o divulgación que ocurrió antes de la fecha en que revoque este consentimiento no se ve afectado.

Consentimiento para la divulgación de información confidencial

- Autorizo al dentista a realizar procedimientos de diagnóstico y tratamiento que puedan ser necesarios para la prestación de atención dental adecuada.

- Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con mi atención médica (o la de mi hijo), para asesoramiento, evaluación y tratamiento, y para administrar reclamos de beneficios de seguro.
- Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con mi atención médica (o la de mi hijo), para el asesoramiento y tratamiento por parte de otro dentista u otro profesional de la salud y su personal.

Responsabilidad Financiera

- Por la presente autorizo el pago de los beneficios del seguro directamente al dentista, de lo contrario pagadero a mí.
- Entiendo que mientras que mi dentista y el personal calcularán los beneficios del seguro, soy responsable del pago de la cuenta y de proporcionar la información correcta del seguro.
- Entiendo que si el seguro no es aplicable cuando se prestan servicios dentales, el pago completo se debe en el momento del servicio.

¿Tenemos permiso para lo siguiente?

- ¿Dejar un recordatorio de su cita en su correo de voz, o por mensaje de texto?
- ¿Hable con otros miembros de su hogar con respecto a su cita?
- ¿Hable de su cita dental con cualquier miembro de su hogar?
- ¿Deja un mensaje en su lugar de trabajo?
- Si Sí a cualquiera de los anteriores, ¿quién?

Nombre del paciente:

Firma:

Fecha: