

Fishers Pediatric Dentistry

RECONOCIMIENTO DE HABER RECIBIDO EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

{Nombre del PACIENTE / nombre y apellido}
(letra de molde)

{Fecha}

{Nombre y apellido de TODOS los hermanos(as)}

A continuación hay una lista de maneras en que nuestra oficina puede contactarle. Por favor marque todos los que apliquen. Al marcar cada caja dará permiso a nuestra oficina para dejar un mensaje tan detallado como sea necesario.

- Checkboxes for Casa, Trabajo, Celular, Correo electrónico, and Todos los de arriba.

Autorización del Paciente para el Uso y Divulgación de Información Médica Protegida

Yo autorizo a Fishers Pediatric Dentistry para que comparta cualquier información incluyendo diagnóstico e historial acerca del tratamiento ó exámenes brindados a mi(s) hijo(s) durante el periodo del cuidado dental a tercer partidos contribuyentes y/ó a otras oficinas de cuidado médico/dental. En el evento de mi ausencia las siguientes personas pueden traer a mi(s) hijo(s) a sus citas, a s mismo tendrán acceso a la información médica y financiera.

- Numbered list for patient authorization with fields for name and phone number.

Yo, {Nombre del PADRE/GUARDIAN}, certifico que me ofrecieron una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina.

{Nombre del PADRE/GUARDIAN}
Letra de molde

{PADRE/GUARDIAN Firma}

For Office Use Only

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- Checkboxes for reasons: Individual refused to sign, Communications barriers prohibited, An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement, and Other (Specify).