

# **HIPPA RECONOCE**

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

## **KILLEEN FAMILY DENTISTRY** **EL CONSENTIMIENTO DE REVELACION**

1. Autorizo al medio / personal de tomar las radiografías, modelos de estudio, fotografías o cualquier otras ayudas diagnosticas consideradas apropiadas por el medio para hacer un diagnostico profundo de las necesidades dentales de mi / la paciente.
2. Autorizo al medico para realizar todo el tratamiento recomendado de acuerdo entre mi y el medico / personal, y de usar el medicamento y la terapia apropiada indicada para dicho tratamiento.
3. Entiendo que el uso de agentes anestésicos encarna un cierto riesgo. Además, yo autorizo y consiento que el medico pueda elegir y contratar la asistencia que considere conveniente para proporcionar tratamiento recomendado.
4. He respondo a todas las preguntas anteriores a lo mejor de mi conocimiento. Si ha habido algún cambio en mi seguro, la salud o la medicación, lo que tengo y / o informare a mi dentista durante mi próxima cita.

Firma de Paciente: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Firma de Padre de Paciente: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Yo por la presente doy consentimiento a **KILLEEN FAMILY DENTISTRY** 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 Intimididad 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 Intimididad antes que firme este consentimiento.

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

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

Imprima Nombre de Paciente \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Si firmará como el representante del paciente:

Imprima su Nombre \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

KILLEEN FAMILY DENTISTRY  
3300 E. CENTRAL TX EXPY SUITE 302, KILLEEN, TX 76543  
PHONE: (254) 699-6799, FAX (254) 699-3465