

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN EN SALUD

Sección A: paciente dando consentimiento

Nombre: _____

Número de Seguro Social: _____

Sección B: al paciente por favor lea las siguientes afirmaciones

Objeto de consentimiento: Al firmar este formulario, consiente que nuestro uso y divulgación de su información protegida de salud para llevar a cabo tratamiento, actividades de pago y operaciones de cuidado de la salud.

Aviso de privacidad: Usted tiene el derecho a leer nuestro aviso de prácticas de privacidad antes de decidir si firmar este consentimiento. Nuestro aviso proporciona una Descripción a nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones de cuidado de la salud, de los usos y divulgaciones que podemos hacer de su información protegida de salud y de otros asuntos importantes acerca de su información protegida de salud. Una copia de nuestra Notificación acompaña este consentimiento. Le recomendamos que lea cuidadosamente antes de firmar este consentimiento. Nos reservamos el derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad como se describe en nuestro aviso de prácticas de privacidad. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, publicaremos una revisión aviso de prácticas de privacidad, que contendrá los cambios. Esos cambios pueden aplicarse a cualquiera de su información de salud protegida que mantenemos. Usted puede obtener una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad, incluyendo las revisiones de nuestro aviso, en cualquier momento contactando con:

PERSONA DE CONTACTO: _____

TELEFONO: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

DIRRECCION: _____

Acuerdo a la resolución de problemas: Entiendo que estoy entrando en una relación contractual con médico para el cuidado profesional. Entiendo que infundadas y frívolas reclamaciones por mala praxis médica/dental tienen un efecto adverso sobre el costo y la disponibilidad de la salud y pueden resultar en un daño irreparable a un médico. Como consideración adicional para el cuidado profesional a mi Doctor, estoy de acuerdo el paciente/tutor o mi representante no avanzar, directa o indirectamente, cualquier falso, afirmaciones infundadas o frívolas de mala praxis médica/dental contra el médico. Además, debe un meritorio médico/dental negligencia o causa de acción iniciada o perseguida, que (el paciente) o mi representante se compromete a utilizar el testigo experto que practican sobre todo en la misma especialidad como médico. Además, estoy de acuerdo que estos peritos serán miembros de y se adhieren a las directrices o el código conducta definida para testigos expertos de la Asociación Dental Americana ' en consideración para ello, médico está de acuerdo a las estipulaciones mismas.

Acuerdo mutuo para mantener privacidad: Dr ___ & ___ de acuerdo proporcionar tratamiento a "paciente ' el dentista toma orgullo en poder extender un mayor grado de privacidad que se requiere por la ley. Federal y las leyes de privacidad estatales son complejas. Desafortunadamente, algunos consultorios dentales intentan encontrar lagunas alrededor de estas leyes. Por ejemplo, los dentistas están prohibidos por ley de recibir dinero por la venta de listas de pacientes o información médica a las empresas a comercializar sus productos o servicios directamente a los pacientes sin autorización. Algunas prácticas dentales, sin embargo, pueden legalmente eludir esta limitación haciendo que un tercero realice la comercialización. Mientras que datos de carácter personal nunca están técnicamente en la posesión de la compañía vende sus productos o servicios, el paciente todavía puede ser dirigido con información de marketing no deseado. Dentista cree que esto es incorrecto y no puede ser en el mejor interés de los pacientes. Por consiguiente,

dentista se compromete a no proporcionar información médica/dental con el fin de la comercialización directamente al paciente. Independientemente de resquicios legales privacidad, dentista nunca tratará de aprovechar su relación con el paciente buscando consentimiento del paciente para la comercialización de productos para otros.

Queremos sus comentarios. LF nuestra oficina hace bien, nos dicen. LF, podríamos hacer algo mejor, nos dicen. Nos tomamos en serio la mejora la calidad. Si bien hay decenas de "sitios de clasificación" en el ciberespacio, muchos no proporcionan información útil. Vamos a lograr que se haga bien. Podemos hacer recomendaciones en cuanto a que sitios siguen estándares mínimos de justicia y equilibrio. No dude en preguntarnos.

Este acuerdo estará en vigor y aplicables durante un período de cinco años desde la fecha pasada del dentista del servicio al paciente. Como cuestión de política de la oficina, dentista requiere que a todos los pacientes en su signo de la práctica el acuerdo mutuo con el fin de establecer cualquier publicación anónima o seudónima o respiradero de comentario será cubierto por este acuerdo para los pacientes del dentista todo. Además, este acuerdo sobrevivirá durante un mínimo de tres años más allá de la terminación de la relación odontólogo-paciente. Paciente y al dentista reconocen que el incumplimiento de este acuerdo puede resultar en daño grave, irreparable. Dentista y paciente de acuerdo al derecho de reparación equitativa (incluyendo pero no limitado a relie0 cautelares. Un incumplimiento del presente contrato dará lugar a litigio, la parte vencedora en el pleito se tendrá derecho a costos razonables, los gastos y honorarios relacionados con el litigio. Paciente se ha dado la oportunidad de hacer preguntas y recibir satisfactoria y explicaciones adecuadas.

SIGNATURA

Yo _____ he tenido oportunidad de leer y considerar el contenido de este formulario de consentimiento y su aviso de privacidad. Entiendo que al firmar este formulario de consentimiento, estoy dando mi consentimiento para su uso y divulgación de mi información protegida de salud para llevar a cabo tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención de salud

Signatura: _____

Fecha: _____

Si esta autorización es firmada por un representante personal en nombre de la paciente, complete lo siguiente:

Personal Representativo Nombre _____

Relación al Paciente: _____

USTED TIENE DERECHO A UNA COPIA DE ESTE CONSENTIMIENTO DESPUÉS DE FIRMARLO

Derecho a revocar: Usted tendrá el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento porque nos da aviso por escrito de su revocación a la persona de contacto mencionados. Por favor, comprenda que la revocación de este consentimiento no afectará cualquier acción que tomamos en dependencia de este consentimiento antes de que recibiéramos su revocación, y que podemos negarnos a tratar o para seguir tratando si usted revocar este consentimiento. REVOCACIÓN de consentimiento que revocar mi consentimiento para su uso y divulgación de mi información de salud protegida para tratamiento, actividades de pago y operaciones de cuidado de la salud. Entiendo que la revocación de mi consentimiento no afectará cualquier acción que usted tomó en dependencia de mi consentimiento antes de que usted recibiera este aviso de revocación por escrito. También entiendo que pueden disminuir para tratar o para continuar a tratarme después he revocado mi consentimiento

Signatura _____

Fecha _____