

Aviso de Privacidad

Entiendo que, bajo acto del seguro de salud y de la responsabilidad del seguro médico de 1996 (HIPPA), tengo ciertos derechos a privacidad con respecto a información sobre mi salud.

- La conducta, plan, el tratamiento y carta recordativa entre los abastecedores múltiples del cuidado medico que pueden estar implicados en ese tratamiento directamente e indirectamente.
- Conseguir los pagos que vienen de tercer pagador.
- Conducir las operaciones normales del healthcare tales como asesamiento de calidad y certificaciones del médico.

Entiendo que puedo recibir el aviso de practicar privacidad conteniendo una descripción más completa de los usos y accesos de información sobre mi salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su aviso de privacidad de tiempo en tiempo, y que puedo ponerme en contacto con esta organización en cualquier momento en la dirección indicada arriba para obtener una copia actual del aviso de la privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que Marquis Sleep and Family Dentistry restrinja cómo mi información privada se uso divulge como llevar a cabo el tratamiento, el pago u operaciones del cuidado médico. También entiendo que no requieren Marquis Sleep and Family Dentistry no tiene que estar de acuerdo con mis restricciones solicitadas, pero que si Marquis Sleep and Family Dentistry esta de acuerdo a mis restricciones, debe de seguir las mismas.

Firma Paciente _____

Relación al paciente _____

Fecha _____

OFFICE USE ONLY

We attempted to obtain patient's signature in acknowledgement on this Notice of Privacy practices Acknowledgement, but was unable to do so as documented below:

Date / Signature / Reason: _____
