

Kissimmee Childrens Dentistry
595 Oak Commons Boulevard Suite C
Kissimmee, FL 34741
(407) 870-0717

Aviso Reconocimiento Ley de Privacidad HIPPA De

Yo _____ como padre / tutor legal de

(Nombre del paciente) _____ estoy reconociendo que el personal de Kissimmee Childrens Dentistry me ha notificado que destacan la Ley de Privacidad de HIPPA Gobierno.

Al firmar este documento, estoy dando el permiso para presentar mi seguro dental, me referirse a cualquier especialistas necesarios y para Kissimmee Childrens Dentistry y / o personal para hablar sobre cualquier información contenida en mis registros dentales necesarios para el bienestar general de mi salud dental .

Yo entiendo que en Kissimmee Childrens Dentistry y / o personal no va a vender o compartir mi información personal con ninguna otra organización o terceros.

También entiendo que tengo el derecho de negarme a firmar esta notificación; Sin embargo, mi negativa requeriría el pago total de todos los tratamientos dentales y renuncian a la cortesía de tener seguro dental presentado en mi favor. Mi negativa también negaría a Kissimmee Childrens Dentistry la capacidad de hablar de mi salud dental con un especialista o cualquier miembro del personal. Yo entiendo que esto causaría la incapacidad para el tratamiento necesario debido a la falta de personal.

X_____

Firma del padre / tutor legal

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Se intentó obtener la firma de recibo por escrito de nuestro aviso de prácticas de privacidad, pero no pudimos hacerlo por la siguiente razón:

_____ Individual / padre / tutor legal se negó a firmar

_____ Lo prohibió las barreras de comunicación

_____ Otros (especificar _____)