

Dr. Sheri Nawabi, D.D.S

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA

SECCION A: PASIENTE DAR CONSENTIMIENTO

Nombre: _____
Dirección: _____
Numero: _____ Correo Electrónico _____
Numero de Paciente: _____ NSS: _____

SECCION B: PASIENTE-PORFAVOR LEA ATENTAMENTE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES

Propósito del Consentimiento: Al firmar este formulario, usted consentirá a nuestro uso y divulgación de su información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, actividades de pago, y operaciones de atención médica.

Aviso de Prácticas de Privacidad: Usted tiene el derecho a leer nuestra Notificación de Prácticas Privadas antes de decidir si firmar este consentimiento. Nuestro Aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pagos, y operaciones de atención médica de los usos y revelaciones que podemos hacer de su información de salud protegida, y de otros asuntos importantes acerca de su información de salud protegida. Una copia de nuestro Aviso acompaña a este consentimiento. Le animamos a que lo lea atentamente antes de firmar este consentimiento.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad como se describe en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, se emitirá un nuevo Aviso de Prácticas de Privacidad, la cual contendrá los cambios. Estos 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 cualquier revisión de nuestro aviso, en cualquier momento poniéndose en contacto con:

Persona de Contacto: Wendy
Número de Teléfono: (202) 686-2318
Dirección: 5100 Wisconsin Ave., N.W. #240 Washington, D.C. 20016

Derecho a Revocar: Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento dando aviso por escrito con nosotros, o su revocación presentado a la persona de contacto indicada más arriba. Por favor, comprenda que la revocación de esta autorización no afectará ninguna acción que tomamos en la dependencia de este Consentimiento antes de que recibiéramos su revocación, y que puede negarse a tratamiento o para continuar su tratamiento o para continuar el tratamiento si usted revoca este consentimiento.

Firma: _____

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

Firma: _____ **Fecha:** _____

Si este consentimiento es firmado por un representante personal en nombre de la paciente, complete lo siguiente:

Nombre del representante personal: _____

Relación al Paciente: _____

USTED TIENE DERECHO A UNA COPIA DE ESTE consentimiento después de firmarlo. Incluido el consentimiento completado en el expediente del paciente.

Dr. Sheri Nawabi, D.D.S.

**ACUSE DE RECIBO DE LA NOTICIA DE LAS PRÁCTICAS
DE PRIVACIDAD**

****Usted puede negarse a firmar Este Acuse de recibo****

Yo, _____, He recibido una copia del aviso de esta oficina de notificación de prácticas de privacidad.

{Porfavor escriba Nombre }

{Firma }

{Fecha }

Solo Para Uso Oficial

Intentamos obtener confirmación por escrito del recibo de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, pero no se logró debido a:

- Individual se negó a firmar
- Comunicaciones barreras prohibida obtener el reconocimiento
- Una situación de emergencia nos impidió obtener la confirmación
- Otros (por favor especifique)
