



HIPAA Liberación de Información

Me han proporcionado y entiendo la Notificación de Prácticas Privadas de QTL Dental. QTL Dental puede usar y divulgar información de salud protegida acerca de mí para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica como se describe en la Notificación de Prácticas Privadas de QTL Dental.

Doy mi consentimiento a QTL Dental para que me llame, deje mensajes de voz, hable directamente con los miembros de la familia que contesten mi teléfono y envíe correo y correo electrónico a las direcciones que he proporcionado, en referencia a cualquier elemento que ayude a practicar el tratamiento, el pago o Operaciones, tales como recordatorios de citas, información de facturación, artículos de seguros y cualquier otra información relacionada con mi salud bucal.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones sobre cómo mi información de salud puede ser usada o divulgada para realizar tratamiento, pago o operaciones de atención médica y que QTL Dental está obligada a aceptar las restricciones solicitadas, si son razonables.

Las restricciones que pido son:

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la oficina ya haya tomado medidas en dependencia de la misma.

Tengo el derecho de solicitar una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de QTL Dental en cualquier momento.

Al firmar a continuación, certifico que he leído y entiendo las declaraciones anteriores y que esas declaraciones son verdaderas y correctas.

Firma: _____
(Firma del Paciente o Tutor Legal)

Fecha: _____

Nombre del Paciente o Tutor Legal

For Office Use Only

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but an acknowledgement could not be obtained.

Reason:

- Individual refused to sign
- Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining the acknowledgement
- Other – please specify
