



Maria Calcina DDS: Pediatric Dentist Clay Dental PLLC
19214-D Clay Rd. Phone: 281-463-4333 Fax: 281-463-4908
www.claydental.net

CONSTANCIA DE CONOCIMIENTO Y ACEPTACIÓN DE LA PRACTICA DE PRIVACIDAD

Por medio de la presente hago constar que yo entiendo que, bajo la Ley de 1966 sobre la Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA), tengo ciertos derechos de privacidad relacionados con la protección de la información sobre mi salud. Entiendo también, que no estoy obligado a firmar este formulario para obtener el tratamiento y que la subsiguiente información puede y será utilizada para:

- Ejecutar, planificar, y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de salud que puedan estar involucrados, directa o indirectamente, en el mismo;
- Obtener pagos provenientes de terceros pagadores;
- Realizar otras operaciones normales de los cuidados de salud, tales como las evaluaciones de calidad y las certificaciones médicas.

He sido informado por Clay Dental PLLC en cuanto a sus Prácticas de Privacidad, con una descripción más completa de los posibles usos y divulgaciones de la información sobre mi salud y me han entregado una copia del Aviso de Clay Dental PLLC sobre dichas prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento. Entiendo que Clay Dental PLLC tiene el derecho de cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad de vez en cuando y que puedo ponerme en contacto con esta organización, en cualquier momento y en su dirección arriba mencionada, para obtener una copia actualizada de sus prácticas de privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito, a Clay Dental PLLC, restringir la manera de utilizar o revelar la información sobre mi salud para llevar a cabo un tratamiento, pago u otra operación de atención médica y que, en general, no habrá otro uso o divulgación de esta información a menos que yo lo permita. Sin embargo, también entiendo que a veces la ley pueda exigir la liberación de esta información sin mi permiso, en situaciones muy raras o inusuales; como en el caso de que algún paciente amenace con hacerle daño a alguien, o que haya sido ordenado por un tribunal.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que Clay Dental PLLC haya tomado acción basándose en este consentimiento.

He recibido la Notificación de las Prácticas de Privacidad y he tenido la oportunidad de revisar y analizar dicho documento.

DOB _____

NOMBRE DEL PACIENTE/REPRESENTANTE _____

FIRMA DEL PACIENTE/REPRESENTANTE _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE _____

FECHA _____