

Norma de Privacidad de HIPAA Acuerdo de Autorización del Paciente

Autorización para la Revelación de Información Confidencial de Salud para Tratamiento, Pago o Cuidado Medico (§164.508(a))

Yo, _____ entiendo que como parte de mi cuidado de salud, Jade T. Ong, D.D.S., Inc. – Van Nuys, CA, crea y mantiene los documentos médicos que describen mi historial medico, síntomas, exámenes y los resultados, diagnósticos, tratamiento y cualquier plan para futuro cuidado o tratamiento. Yo entiendo que esta información sirve como:

- Una base para planear mi cuidado y tratamiento.
- Un medio de comunicación entre profesionales del campo medico que pueden contribuir a mi cuidado medico.
- Una fuente de información de cómo aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi cuenta.
- Un medio por el cual un pagador puede verificar que los servicios cobrados hayan sido proporcionados.
- Un medio para operaciones rutinarias de cuidado medico tales como determinación de calidad y revisión de capacidad de los profesionales en el campo medico.

He sido proporcionado(a) con una copia del **Aviso de Prácticas de Privacidad** que provee una descripción mas completa sobre los usos y relevaciones de información.

Entiendo que como parte de mi cuidado y tratamiento puede ser necesario proveer a otra entidad mi información Confidencial Medica. Yo tengo el derecho de revisar el aviso de Jade Y. Ong, D. D.S., Inc. – Van Nuys, CA antes de firmar esta autorización. Autorizo la relevación de mi información Confidencial Medica como será especificado posteriormente para los propósitos y a los grupos indicados por mí.

Norma de Privacidad Consentimiento del Paciente

Consentimiento para la Revelación de Información Confidencial de Salud para Tratamiento, Pago o Cuidado Medico (§164.506(a))

Yo entiendo que:

- Tengo el derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Información de Jade T. Ong, D.D.S., Inc. – Van Nuys, CA, antes de firmar este consentimiento.
- Que Jade T. Ong, D.D.S., Inc. – Van Nuys, CA, reserva su derecho de cambiar el aviso y las practicas y que si solicito, enviara una copia del aviso a la dirección que he dado antes de ponerlo en practica.
- Tengo el derecho a oponerme al uso de información medica para propósitos directorios.
- Tengo el derecho de solicitar restricciones en cuanto a como mi información confidencial medica puede ser usada o revelada para realizar tratamiento, pago o cuidado medico y que no es requerido por la ley que Jade T. Ong, D.D.S., Inc. – Van Nuys, CA, este de acuerdo con las restricciones solicitadas.
- Puedo revocar este consentimiento escrito en cualquier momento, excepto hasta el punto que Jade T. Ong D.D.S., Inc – Van Nuys, CA, ya haya tomado acción dependiendo del consentimiento escrito.

Firma del Paciente o Testigo Representante Legal.....

Nombre del Paciente o Testigo Representante Legal.....

Fecha: