

BIENVENIDOS

*Gracias por su seleccion de nuestro oficina dental. Haremos todo lo posible para proveer lo mejor en cuidado dental.
Por favor conteste las preguntas sigientes para ayudarnos a saber sus necesidades.*

INFORMACION SOBRE EL PACIENTE:

Fecha: _____

Nombre: _____

Direcion: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Codigo Postal: _____ Direccion de correo electronico: _____

Telefono de casa: _____ celular: _____ de trabajo: _____

Sexo: M F Anos de edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Menor Soltero Casado Divorciado Viudo Separado

En caso de emergencia, a quien le podemos notificar: _____ telefono: _____

Como se entero de nosotros? _____

Cual es su metodo preferido para ponernos en contacto con usted? celular trabajo casa email texto

INFORMACION SOBRE EL SEGURO:

Nombre del asegurado: _____ Relacion con el paciente: _____

Direcion del asegurado: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo: _____

Nombre del empleador: _____

Nombre de la compania de seguro dental: _____

Direcion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo: _____

Numero del grupo: _____ Numero de identificacion o de seguro social: _____

Dependientes cubiertos por este plan: _____

INFORMACION DE SEGURO DENTAL SECONDARIA:

Nombre del asegurado: _____ Relacion con el paciente: _____

Direcion del asegurado: _____ Ciudad: _____ Esatdo: _____ Codigo: _____

Nombre del empleador: _____

Nombre de la compania de seguro dental: _____

Direcion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo: _____

Numero del grupo: _____ Numero de identificacion o de seguro social: _____

Dependientes cubiertos por este plan: _____

→ → → → → → → →

HISTORIA DENTAL DEL PACIENTE:

Razon por su visita hoy: _____

Dentista previo: _____ Telefono del dentista: _____

Fecha de su ultima visita: _____ Fecha de sus ultimas radiografias: _____

Por favor compruebe (✓) si ha tenido problemas con alguno de los siguientes:

- mal aliento sangrando de las encias clic o chasquido de la mandibula coleccion de comida entre los dientes
 rechinar los dientes dientes flojos o rellenos rotos tratamiento periodontal llagas o bultos en la boca
 sensibilidad al frio sensibilidad al calor sensibilidad a los dulces sensibilidad al morder

Con que frecuencia se cepilla los dientes? _____ Con que frecuencia usa hilo dental? _____

HISTORIA MEDICO DEL PACIENTE:

Nombre de medico: _____ Fecha de ultima cita: _____

Hospitalizaciones anteriores/ enfermedades (con fecha aproximada): _____

MUJERES: Esta embarazada? Si No Esta amamantando? Si No Esta tomando pildoras anticonceptivas? Si No

Por favor compruebe (✓) si ha tenido problemas con alguno de los siguientes:

- | Si | No | Si | No | Si | No | Si | No |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SIDA | | Problemas circulatorios | | Hepatitis | | Terapia de radiacion | |
| Anemia | | Tos persistente | | Precion alta | | problemas respiratorios | |
| Artritis, reumatismo | | Diabetes | | infeccion por HIV | | fiebre reumatica | |
| valvulas cardiacas artificiales | | Epilepsia | | dolor en la mandibula | | falta de aliento | |
| reemplazo de articulacion o implante | | Desmayo | | enfermedad del rinon | | erupciones en la piel | |
| Asma | | Glaucoma | | enfermedad del higado | | accidente cerebrovascular | |
| problemas de espalda | | dolores de cabeza | | prolapso de valvula mitral | | enfermedad del tiroides | |
| enfermedad de la sangre | | murmillos en el corazon | | problemas de los nervios | | habito del tabaco | |
| Cancer | | Problemas cardiacas: | | Osteoporosis | | amigdalitis | |
| dependencia quimica | | Describe: _____ | | Marcopasos | | Tuberculosis | |
| quimoterapia | | hemofilia | | atencion psiquiatrica | | ulcera | |

Otro: _____

Alergias a medicamentos: _____

Alguna vez has tomado cualquier tipo de medicamento para osteoporosis? Si No

Si es asi, por favor indique: _____

Por favor indique todos los medicamentos que esta tomando actualmente: _____

- O- ver lista adjunta _____**AUTORIZACION:**

He revisado este cuestionario y respondi a sus preguntas de manera precisa, a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que las respuestas que he proporcionado serán utilizados por el dentista para determinar el tratamiento dental adecuado, y me comprometo a notificar al dentista si surge algún cambio en mi estado de salud. También estoy de acuerdo para completar las actualizaciones periódicas historial completo de la salud cuando se le preguntó.

Autorizo al dentista a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de las prestaciones. Yo autorizo a mi compañía de seguros a pagar directamente a las prestaciones de seguros dentista que correspondería pagar a mí. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las sumisiones del seguro.

Yo entiendo que mi seguro dental puede pagar menos que el costo total de los servicios. Entiendo que esta oficina no puede garantizar los beneficios del seguro o el pago de cualquier compañía de seguros. Es mi responsabilidad de proporcionar información actual beneficio de seguro y estar al tanto de su cobertura y limitaciones. Estoy de acuerdo en ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre.

Firma: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR EL TRATAMIENTO

Usted tiene derecho a que se le informe su afección y el plan de tratamiento recomendado para que pueda tomar una decisión informada sobre si someterse o no al procedimiento luego de conocer los riesgos y peligros involucrados. Esta divulgación no pretende alarmarlo, sino que es un esfuerzo por proporcionar información para que pueda dar o negar su consentimiento.

_____ **RIESGOS:** entiendo que hay ciertos riesgos inherentes y potenciales y efectos secundarios asociados con mi tratamiento propuesto que incluyen, pero no están limitados a:

- Malestar e hinchazón postoperatorios que pueden requerir varios días de recuperación
- Lesión o daño a los dientes y empastes adyacentes
- Infección postoperatoria que puede requerir tratamiento adicional
- Toma de corriente seca (pérdida de coágulo de sangre del sitio de extracción) que a menudo requiere tratamiento adicional
- Lesión en el nervio subyacente a los dientes inferiores, que produce dolor, entumecimiento, hormigueo u otras alteraciones sensoriales en el mentón, los labios, las mejillas, las encías o la lengua y que puede persistir durante varias semanas, meses o en casos excepcionales, de forma permanente.
- Los riesgos anestésicos incluyen molestias, hinchazón, moretones, infección, entumecimiento prolongado y reacciones alérgicas. Las náuseas y los vómitos, aunque poco frecuentes, pueden ser efectos secundarios desafortunados. La anestesia tiene efectos sistémicos y, aunque se considera segura, conlleva los raros riesgos de irregularidades cardíacas, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, daño cerebral e incluso la muerte.
- Reacciones alérgicas (previamente desconocidas) a cualquier medicamento utilizado en el tratamiento

_____ Entiendo que durante el curso del tratamiento se pueden revelar condiciones imprevistas que pueden requerir cambios en el procedimiento anotado en el plan de tratamiento presentado. Autorizo al Dr. Hansen y a su personal a utilizar el juicio profesional para realizar tales procedimientos adicionales necesarios para completar mi tratamiento.

_____ Me han dado un plan de tratamiento con posibles opciones disponibles para mí, y me han informado sobre la naturaleza general de dicho tratamiento.

_____ Los procedimientos a realizar se me han explicado satisfactoriamente, y he tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta que pueda tener con respecto a mi tratamiento, y me respondieron estas preguntas a mi satisfacción antes de comenzar el tratamiento.

Entiendo los riesgos relacionados con el tratamiento dental y el consentimiento para dicho tratamiento realizado por Gerald V. Hansen, D.D.S., y / o su personal.

Nombre del paciente (IMPRIMIR)

Firma del paciente (o tutor del paciente)

Fecha

GERALD V. HANSEN, D.D.S.
REQUISITOS DE PAGO Y POLÍTICAS DE LA OFICINA

PAGO: El pago es requerido al momento del servicio. Si no hay seguro, ofrecemos un descuento. Esto no incluye ningún producto, como el blanqueamiento. También tenemos un plan de descuentos disponible si no tiene ningún tipo de seguro.

SEGURO: Si tiene seguro, le pedimos que pague toda su parte estimada al momento del servicio. Como cortesía, le enviaremos su seguro si vive a localmente, puede proporcionar un I.D. del estado y la cobertura de seguro vigente. Debemos poder verificar la cobertura con la compañía de seguros actual. Si no podemos, aún puede mantener su cita, sin embargo, tendrá que pagar la visita usted mismo. ***Su seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros. NO somos parte de ese contrato.*** No podemos garantizar el pago de ninguna compañía de seguros. Es su responsabilidad conocer los beneficios y las limitaciones de su plan. También es su responsabilidad buscar el pago de su compañía de seguros si no pagan su factura. ***Si por alguna razón su seguro no paga, usted es responsable por el monto total.*** Solo podemos estimar cuánto pagará su seguro. No hay forma de saber las cantidades exactas hasta que recibamos el cheque real de la compañía de seguros.

CITAS: Usted es responsable de sus citas. Usamos mensajes de texto, correo electrónico o de voz para "confirmar" sus citas. Podemos usar la preferencia que desee. Sus citas se reservaron específicamente para usted, así que asegúrese de confirmar con nosotros que viene. Habrá un cargo por cancelación / no presentación si no llama dentro de las 48 horas de "oficina" de su cita para cancelar. Se deben realizar llamadas a nosotros (no al correo de voz ni a los mensajes de texto) para cancelar o rehacer su cita de lunes a jueves de 8 a.m. a 5 p.m., ya que nuestra oficina está cerrada de viernes a domingo.

Esta oficina solo hace rellenos compuestos. La mayoría de las compañías de seguros no pagan los empastes compuestos (blancos), sin embargo, pagarán con una asignación de amalgama (plata). Esa diferencia es la responsabilidad de los pacientes.

Para ser respetuoso de nuestro tiempo, otros pacientes y nuestra oficina, apague o cambie su teléfono celular en silencio.

Las radiografías originales son una parte permanente de su registro y, por ley, deben permanecer en nuestra oficina. Con gusto le proporcionaremos copias de las radiografías sin costo alguno.

Habrá una tarifa por cada vez que se devuelva un cheque por cualquier razón.

Cualquier saldo pendiente de pago acumulará intereses mensuales. Si necesitamos continuar con el pago de su factura, usted será responsable de cualquier cobro y / o honorarios de abogados incurridos.

He leído y entiendo las declaraciones anteriores.

Firma del paciente (o padre) _____ Fecha _____

Esta oficina tiene mi autorización para enviar mis radiografías por correo electrónico a otros médicos remitidos por esta oficina para fines de tratamiento. (Utilizamos servicios de correo electrónico encriptados).

Firma: _____

____ (INICIAL) Autorizo al Dr. Hansen a usar su teléfono celular personal para contactarme con respecto al tratamiento

____ (INICIAL) Si mi sangre o cualquier instrumento utilizado en mí entran en contacto con un miembro del personal, aceptaré un análisis de sangre.

V.N. HANSEN DDS LTD
Aviso de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGAR Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CON CUIDADO.

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de la información de salud protegida, para dar aviso acerca de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida, y notificar a las personas afectadas a raíz de una violación de la información de salud protegida no asegurada. Debemos seguir las prácticas de privacidad descritas en este Aviso mientras esté en efecto. Este aviso entra en vigor el 23 de septiembre 2013, y permanecerá en vigor hasta que lo reemplacemos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre y cuando dichos cambios sean permitidos por la ley aplicable, y establecer nuevas disposiciones de aviso para toda la información de salud protegida que mantenemos. Cuando hacemos un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este Aviso y colocaremos el nuevo Aviso clara y destacada en nuestra localidad la práctica, y le proporcionaremos copias de la nueva Notificación previa solicitud.

Usted puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para obtener más información acerca de nuestras prácticas de privacidad, o para obtener copias adicionales de este Aviso, por favor póngase en contacto con nosotros usando la información que aparece al final de este aviso.

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

Podemos utilizar y divulgar su información de salud para diferentes propósitos, incluyendo las operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Para cada una de estas categorías, hemos suministrado una descripción y un ejemplo. Parte de la información, como la información relacionada con el VIH, la información genética, el alcohol y / o registros de abuso de sustancias, y los registros de salud mental puede tener derecho a las protecciones de confidencialidad especiales bajo la ley estatal o federal. Vamos a cumplir con estas protecciones especiales que se relacionan con los casos aplicables que implican este tipo de registros.

Tratamiento. Podemos utilizar y divulgar su información de salud para su tratamiento. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica a un especialista le proporciona el tratamiento.

Pago. Podemos utilizar y divulgar su información médica para obtener el reembolso de los tratamientos y servicios que reciba de nosotros o de otra entidad involucrada en su atención. Actividades de pago incluyen facturación, cobros, gestión de reclamaciones, y las determinaciones de elegibilidad y cobertura para obtener el pago de usted, una compañía de seguros, o un tercero. Por ejemplo, podemos enviar las reclamaciones a su plan de salud dental que contiene cierta información de salud.

Operaciones de atención médica. Podemos utilizar y divulgar su información de salud en relación con nuestras operaciones de atención médica. Por ejemplo, operaciones de atención médica incluyen la evaluación de calidad y actividades de mejora, los programas de formación que llevan a cabo, y las actividades de concesión de licencias.

Los individuos involucrados en su cuidado o pago de su atención. Podemos revelar su información de salud a su familia o amigos o cualquier otra persona identificada por usted cuando están involucrados en su cuidado o en el pago de su atención. Además, podemos divulgar información sobre usted a un representante de los pacientes. Si una persona tiene la autoridad por ley a tomar decisiones de atención de salud para usted, vamos a tratar de que el representante del paciente de la misma manera que lo haría con respecto a su información médica.

Ayuda para Desastres. Podemos usar o divulgar su información médica para ayudar en los esfuerzos de alivio de desastres.

Requerido por la ley. Podemos usar o divulgar su información médica cuando sea requerido para ello por la ley.

Actividades de salud pública. Podemos revelar su información de salud para actividades de salud pública, incluidas las revelaciones a:

- o Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- o Informe de abuso o negligencia infantil;
- o Informe sobre reacciones a medicamentos o problemas con productos o dispositivos;
- o notificar a una persona de un retiro, reparación o sustitución de los productos o dispositivos;
- o Notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o condición; o
- o Notificar a la autoridad gubernamental apropiada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.

Seguridad Nacional. Podemos revelar a las autoridades militares la información de salud del personal de las Fuerzas Armadas bajo ciertas circunstancias. Podemos revelar a los funcionarios federales de información de salud requerida para la inteligencia legal, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional. Podemos revelar a la institución correccional o aplicación de la ley oficial que tenga la custodia legal la información de salud de un recluso o paciente.

Secretario de HHS. Daremos a conocer su información médica a la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos cuando sea necesario para investigar o determinar el cumplimiento de HIPAA.

Compensación a los Trabajadores. Podemos divulgar su PHI en la medida autorizada por y en la medida necesaria para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación del trabajador u otros programas similares establecidos por la ley.

Aplicación de la ley. Podemos divulgar su PHI para propósitos de aplicación de la ley según lo permitido por la ley HIPAA, como exige la ley, o en respuesta a una citación u orden judicial.

Actividades de Vigilancia de Salud. Podemos divulgar su PHI a una agencia de supervisión para las actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen auditorías, investigaciones, inspecciones, y la acreditación, según sea necesario para obtener la licencia y para que el gobierno controle el sistema de atención de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento con las leyes de derechos civiles.

Procedimientos judiciales y administrativos. Si usted está involucrado en una demanda o una disputa, podemos divulgar su PHI en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos revelar información de salud sobre usted en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal iniciado por otra persona involucrada en la disputa, pero sólo si se han hecho esfuerzos, ya sea por la parte solicitante o nosotros, para informarle sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada.

Investigación. Podemos divulgar su PHI a investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por una junta de revisión institucional o junta de privacidad que haya revisado la propuesta de investigación y protocolos establecidos para asegurar la privacidad de su información.

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias. Podemos revelar su PHI a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar su PHI a directores de funerarias consistentes con la ley aplicable para que puedan llevar a cabo sus funciones.

La recaudación de fondos. Podemos comunicarnos con usted para proporcionarle información acerca de nuestras actividades patrocinadas, incluidos los programas de recaudación de fondos, según lo permitido por la ley aplicable. Si no desea recibir dicha información de nuestra parte, puede optar por no recibir las comunicaciones.

Otros usos y divulgaciones de PHI

Se requiere su autorización, con algunas excepciones, para la divulgación de notas de psicoterapia, el uso o la divulgación de su PHI para la comercialización, y para la venta de PHI. También vamos a obtener su autorización por escrito antes de usar o divulgar su PHI para fines distintos de los previstos en este Aviso (o según lo permitido o requerido por la ley). Usted puede revocar una autorización por escrito en cualquier momento. Tras la recepción de la revocación por escrito, dejaremos de utilizar o divulgar su PHI, salvo en la medida en que ya hemos tomado acciones de seguridad sobre la autorización.

Sus Derechos de Información de Salud

Acceso. Usted tiene derecho a ver u obtener copias de su información de salud, con excepciones limitadas. Usted debe hacer la solicitud por escrito. Usted puede obtener un formulario para solicitar acceso usando la información de contacto que aparece al final de este aviso. También puede solicitar acceso enviándonos una carta a la dirección que aparece al final de este aviso. Si usted solicita información que mantenemos en papel, podemos proporcionar fotocopias. Si usted solicita información que mantenemos electrónica, tiene derecho a una copia electrónica. Vamos a utilizar la forma y formato que usted solicite si es fácilmente producible. Le cobraremos una tarifa basada en el costo razonable para los gastos de suministros y mano de obra de la copia, y por gastos de envío si desea que las copias enviadas a usted. Póngase en contacto con nosotros usando la información que aparece al final de este Aviso para una explicación de nuestra estructura de tarifas.

Si se le niega una solicitud de acceso, usted tiene derecho a que se revise la denegación de acuerdo con los requisitos del derecho aplicable.

Auditoría de las Revelaciones. Con la excepción de ciertas divulgaciones, usted tiene el derecho a recibir un informe de las divulgaciones de su información de salud de acuerdo con las leyes y reglamentos aplicables. Para solicitar un informe de las divulgaciones de su información de salud, usted debe presentar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. Si usted solicita este informe más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo de responder a las peticiones adicionales.

Derecho a solicitar una restricción. Usted tiene el derecho de solicitar restricciones adicionales a nuestro uso o divulgación de su PHI mediante la presentación de una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. Su solicitud por escrito debe incluir (1) qué información desea limitar, (2) si usted quiere limitar nuestro uso, divulgación o ambos, y (3) a quién desea que se apliquen los límites. No estamos obligados a aceptar su solicitud, excepto en el caso en que la divulgación es un plan de salud con el propósito de llevar a cabo las operaciones de pago o asistencia médica, y la información se refiera exclusivamente a un tema de salud o servicio para el que usted, o un persona en su nombre (que no sea el plan de salud), ha pagado nuestra práctica en su totalidad.

Comunicación Alternativa. Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su información de salud por medios alternativos o en lugares alternativos. Usted debe hacer su solicitud por escrito. Su solicitud debe especificar el método o lugar alternativo, y proveer una explicación satisfactoria de cómo los pagos serán manejados bajo los medios o el lugar alternativos que solicita. Tendremos en cuenta todas las solicitudes razonables. Sin embargo, si no podemos comunicarnos con usted utilizando las formas o lugares que ha requerido podemos comunicarnos con usted utilizando la información que tenemos.

Enmienda. Usted tiene el derecho a solicitar que corrijamos su información de salud. Su solicitud debe ser por escrito, y debe explicar por qué la información debe ser enmendada. Podemos negar su petición bajo ciertas circunstancias. Si estamos de acuerdo con su solicitud, vamos a modificar su registro (s) y le notificará de tal. Si rechazamos su solicitud de enmienda, nosotros le proporcionaremos una explicación por escrito de por qué la denegamos y explicarle sus derechos.

Derecho a la notificación de una violación. Usted recibirá las notificaciones de violaciones de su información de salud protegida no asegurada como lo requiere la ley.

Notificación Electrónica. Puede recibir una copia en papel de este Aviso a pedido, incluso si usted ha aceptado recibir este Aviso electrónicamente en nuestro sitio Web o por correo electrónico (e-mail).

Preguntas y quejas

Si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o preocupaciones, por favor comuníquese con nosotros.

Si le preocupa que podamos haber violado sus derechos de privacidad, o si está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información de salud o en respuesta a una petición que hizo al modificar o restringir el uso o divulgación de su información de salud o de hemos nos comunicaremos con usted por medios alternativos o en lugares alternativos, puede quejarse con nosotros usando la información de contacto que aparece al final de este aviso. También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Nosotros le proporcionaremos la dirección para presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, bajo petición.

Apoyamos su derecho a la privacidad de su información de salud. No tomaremos represalias de ninguna manera si usted decide presentar una queja con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.

Email Secundaria carla@hansendds.net: Nuestro Oficial de Privacidad: Carla M. (Office Manager) E-mail info@hansendds.net
Teléfono: (775) 329-0500 Fax: (775) 329-4608 Dirección: 475 S. Arlington Ave. Suite de 1B, Reno, NV 89501

Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

V.N. HANSEN DDS LTD

* Usted puede negarse a firmar este reconocimiento *

He recibido una copia del Aviso de esta oficina de prácticas de privacidad.

Imprimir Nombre _____

Firma: _____

Fecha: _____

Sólo para uso oficial:

Intentamos obtener confirmación por escrito del recibo de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener la confirmación porque:

- El individuo se negó a firmar
- Comunicaciones prohibieron obtener la confirmación
- Una situación de emergencia nos impidió obtener la confirmación
- Otros (Especificar)

AUTORIZACIÓN PARA DISCLOSURE

(ESTO ES UNA FORMA VOLUNTARIA)

Utilizar este formulario sólo si hay alguien (incluyendo a familiares inmediatos) que va a llamar en su nombre para discutir cualquier información sobre usted, o concertar una cita para usted. Bajo las leyes de privacidad, necesitamos saber quién va a permitir que hablemos acerca de su información. Esto no incluye los médicos, farmacias, o agencias gubernamentales. Si no hay nadie que le gustaría designar, acaba de salir de la forma en blanco.

Autorizo Gerald V. Hansen, D.D.S. y / o su personal de revelar información acerca de mí mismo en las siguientes áreas a la persona (s) a continuación.

(Por favor marque todas las que correspondan, o todos los anteriores)

Nombramientos

Procedimientos realizados

Medicamentos administrados / prescriben

Preocupaciones médicas / dentales y Historia de Salud

Los planes de tratamiento

Seguros

Obligaciones financieras (facturación)

Todas las anteriores

Doy autorización para divulgar mi información en los casos anteriores a:

_____ nombre de la persona relación con usted

_____ nombre de la persona relación con usted

_____ nombre de la persona relación con usted

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Escriba el nombre: _____

(Este es un documento legalmente vinculante una vez firmado.)

Usted nos puede asesorar en cualquier momento por escrito que usted desea cambiar o revocar esta forma