

Lorven Dental PC

27 wicks Road Brentwood NY 11717

(631)231-9314

Aviso sobre las normas de privacidad

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre

Apellido

Segundo nombre

Fecha de nacimiento

Género* ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ prefiero no decirlo

Estado civil*

AVISO SOBRE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO SOBRE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD (EN ADELANTE "AVISO") DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ELLA.

LEA ATENTAMENTE ESTE AVISO.

CONSIDERAMOS QUE LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN DE SALUD ES DE SUMA IMPORTANCIA.

NUESTRA OBLIGACIÓN LEGAL

Como beneficiario de los servicios de atención médica, usted tiene ciertos derechos. Para más información sobre estos derechos, le sugerimos que visite: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/index.html>.

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información de salud. También estamos obligados a entregarle este Aviso sobre nuestras normas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos en relación con su información de salud. Seguiremos las normas de privacidad que se describen en este Aviso mientras esté en vigor.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras normas de privacidad y los términos de este Aviso en cualquier momento. Nos reservamos el derecho de hacer efectivos los cambios en nuestras normas de privacidad y los nuevos términos de nuestro Aviso para toda la información de salud que mantenemos, incluyendo la información de salud que creamos o recibimos antes de hacer los cambios. Antes de que hagamos un cambio significativo en nuestras normas de privacidad, haremos esfuerzos comercialmente razonables para cambiar este Aviso y poner el nuevo Aviso a disposición de quien lo solicite.

Puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras normas de privacidad, o copias adicionales de este Aviso, póngase en contacto con nosotros utilizando la información que aparece al final de este Aviso.

USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

con nosotros o con el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Acuse de recibo: Yo, (Nombre del paciente)

reconozco que he leído y comprendido plenamente el contenido de este documento, y que se me ha dado la oportunidad de formular todas las preguntas.

****Puede negarse a firmar este acuse de recibo**

Firma del responsable*: _____x

Fecha: ____/____/____

ESPECIFIQUE OTROS DETALLES DE PARENTESCO

Si el paciente es menor de edad, parentesco del tutor con el paciente

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal