



Aviso Sobre Las Prácticas de Privacidad

Mi firma verifica que fui informado de mis derechos de privacidad concerniente a mi información medica bajo proteccion, bajo la ley de privacidad HIPAA (Health Insurance & Accountability Act of 1996). Yo entiendo que esta información puede va a ser usada para:

- Proveer y coordinar mi tratamiento entre un numero de proveedores del cuidado de la salud quienes pueden estar envueltos en mi tratamiento directa o indirectamente
- Obtener pagos de terceros por mis cuidados de salud
- Conducir operaciones normales de salud como mejora de calidad y asesoramiento y mejora de actividades.

Yo fui informado de sobre la noticia de prácticas de privacidad que mi proveedor dental tiene, el cual tiene una mas completa description de los usos y revelacion de información medica protegida. Tuve la oportunidad de leer y recibir una copia del **Aviso Sobre Las Prácticas de Privacidad**. Yo entiendo que mi proveedor dental tiene el derecho de cambiar el Aviso Sobre Las Prácticas de Privacidad y que yo puedo contactar la oficina para obtener una copia mas reciente del Aviso Sobre Las Prácticas de Privacidad.

Por favor haga un Circulo Sí o No:

Recibir tarjetas de citas por correo	Sí	No
Dejar mensajes en el telefono de casa	Sí	No
Dejar mensajes en mi trabajo	Sí	No
Compartir información sobre mi tratamiento o cuenta con mis familiares	Sí	No
Nombre: _____		
Alguna otra limitacion: _____	Sí	No

Yo entiendo que puedo pedir por escrito la restriccion de como mi información privada es usada o revelada para hacerme un tratamiento, pagos y transacciones de salud. Yo entiendo que ud. no esta requerido a aceptar mis pedidos de restriccion.

Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente

Fecha