



HIPAA Forma de Consentimiento

Yo doy a Cute Smiles 4 Kids mi consentimiento a utilizar o revelar mi información protegida de la salud para llevar a cabo mi tratamiento, para obtener pago de compañías de seguros, y para operaciones de asistencia médica como revisiones de calidad.

Comprendo que Cute Smiles 4 Kids tienen el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad y que puedo obtener alguna nota revisada de la práctica.

Comprendo que tengo el derecho de solicitar que una restricción de cómo mi información protegida de la salud es utilizada. Sin embargo, yo también comprendo que Cute Smiles 4 Kids no son requeridos a aceptar la petición. Si Cute Smiles 4 Kids aceptan mi restricción solicitada, ellos deben seguir la restricción (restricciones).

Yo también comprendo que puedo revocar este consentimiento en tiempo, haciendo una petición en la escritura, menos información ya utilizado o revelado.

He revisado la Nota de Prácticas de Privacidad.



Firma del Padre/Guardian: _____

Fecha: / / _____

Si firma por un padre o representa al paciente, indique la relación al paciente: _____