

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE WISCONSIN THE DENTISTS SOUTH SHORE

Propósito: Este formulario tiene como objetivo obtener el permiso por escrito de un individuo bajo la ley de Wisconsin para (a) nuestro uso de los registros de atención dental del individuo para llevar a cabo nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica; y (b) nuestra divulgación de los registros de atención dental del individuo para llevar a cabo nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica.

SECCIÓN A: Individuo que otorga el consentimiento:

Nombre: _____

Nombre del paciente: (si es distinto al anterior) _____

TO THE INDIVIDUAL: Por favor, lea lo siguiente y complete la información solicitada

Efecto de Declinar el Consentimiento: Este consentimiento es una condición para su tratamiento por nosotros. Si decide no firmar este consentimiento, podemos negarnos a proporcionarle el tratamiento.

Aviso de Prácticas de Privacidad: Tiene derecho a leer nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad antes de decidir firmar este consentimiento. Nuestro Aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica, de los usos y divulgaciones que podemos hacer de su información de salud protegida, y de otros asuntos importantes sobre su información de salud protegida. Se acompaña una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de nuestra consulta dental con este consentimiento. Le animamos a leerlo cuidadosamente y completamente antes de firmar este consentimiento.

SECCIÓN B: Los usos y divulgaciones autorizados.

Nuestro Uso de la Información de Salud Dental: Al firmar este formulario, usted otorga su consentimiento para nuestro uso de sus registros de atención dental, para llevar a cabo el tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica según se establece en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.

Personas Involucradas en la Atención: By signing this form, you consent to our use of your dental care records to the following persons, including those involved in your care or payment for that care.

Por favor, liste a la(s) persona(s) que le gustaría involucradas en su atención o pago de esa atención.

Podemos utilizar el juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para hacer inferencias razonables de su mejor interés al permitir que una persona actúe en su nombre para recoger recetas pre-llenadas, suministros médicos, radiografías u otras formas similares de información protegida.

Nuestra Divulgación de Información Médica: Al firmar este formulario, usted otorga su consentimiento para nuestra divulgación de sus registros de atención dental para llevar a cabo el tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica según se establece en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, y para nuestra divulgación de sus registros de atención dental para fines de ayuda en caso de desastres según lo permitido por la ley.

SECCIÓN C: REVOCACIÓN.

Derecho a revocar: Este consentimiento es efectivo hasta que usted lo revoque. Puede revocar este consentimiento en cualquier momento dando aviso por escrito de la revocación a la Oficina de Contacto enumerada a continuación. La revocación de este consentimiento no afectará ninguna acción que hayamos tomado confiando en esta autorización antes de recibir su aviso de revocación por escrito. Podemos negarnos a tratarlo o a continuar tratándolo si revoca este consentimiento.

OFICINA DE CONTACTO: THE DENTISTS SOUTH SHORE
704 E LAYTON AVE. MILWAUKEE, WI 53207
TELÉFONO: 414-483-1600

FIRMA DEL INDIVIDUO

Yo, _____, he tenido la oportunidad completa de leer y considerar el contenido de este consentimiento. Entiendo que, al firmar este formulario, estoy confirmando mi permiso por escrito para la divulgación de mi información protegida de salud, según se describe en este formulario.

FIRMA: _____ FECHA: _____

Si este consentimiento es firmado por un representante personal/parental en nombre del individuo, complete lo siguiente:

Nombre del Representante Personal/Padre: _____

Relación con el individuo: _____