

OFICINA DENTAL DR. JUAN I. IRIZARRY

ACUSE NOTIFICACION DE LA POLITICA DE PRIVACIDAD CONSENTIMIENTO PARA USO DE INFORMACION

La Ley Federal "Health Insurance Portability and Accountability Act" HIPPA require que se le notifique y se evidencie el recibo de las Prácticas de Privacidad y Confidencialidad de la Oficina. La carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente requiere que para proveerle nuestros servicios debemos obtener su autorización para utilizar y divulgar su información protegida de salud.

Para cumplir con la Ley nuestra Oficina le entrega copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad y le solicita que firme este acuse como evidencia de dicha notificación. También nos autoriza a utilizar y divulgar su información protegida de salud para propósito de tratamiento, cobro de servicios y otras transacciones u operaciones para el cuidado de su salud, según lo establece la Ley HIPPA.

Certifico que he leído las disposiciones de la Notificación de la Política de Privacidad, lo he entendido y estoy de acuerdo con los términos y condiciones expresados en la misma. Además consiento y autorizo el uso y divulgación de mi información protegida de salud, según lo establece la Ley.

Nombre del Paciente: _____

Firma: _____ Fecha _____

Nombre del Representante Autorizado: _____

Firma del Representante: _____ Fecha _____

Relación con el Paciente: _____

Uso Oficial Solamente

Luego de realizar esfuerzos razonables para obtener el Acuse de Recibo de la Notificación de la Política de Privacidad y el Consentimiento para uso y divulgación de la información protegida de salud, no fue posible debido a:

Paciente se negó a firmar _____

Barreras de Comunicación _____

Otro (especifique): _____

Nombre Empleado

Firma Empleado

Fecha

OFICINA DENTAL DR. JUAN I. IRIZARRY

**ACUSE NOTIFICACION DE LA POLITICA DE PRIVACIDAD
CONSENTIMIENTO PARA USO DE INFORMACION**

La Ley Federal "Health Insurance Portability and Accountability Act" HIPPA require que se le notifique y se evidencie el recibo de las Prácticas de Privacidad y Confidencialidad de la Oficina. La carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente requiere que para proveerle nuestros servicios debemos obtener su autorización para utilizar y divulgar su información protegida de salud.

Para cumplir con la Ley nuestra Oficina le entrega copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad y le solicita que firme este acuse como evidencia de dicha notificación. También nos autoriza a utilizar y divulgar su información protegida de salud para propósito de tratamiento, cobro de servicios y otras transacciones u operaciones para el cuidado de su salud, según lo establece la Ley HIPPA.

Certifico que he leído las disposiciones de la Notificación de la Política de Privacidad, lo he entendido y estoy de acuerdo con los términos y condiciones expresados en la misma. Además consiento y autorizo el uso y divulgación de mi información protegida de salud, según lo establece la Ley.

Nombre del Paciente: _____

Firma: _____ Fecha _____

Nombre del Representante Autorizado: _____

Firma del Representante: _____ Fecha _____

Relación con el Paciente: _____

Uso Oficial Solamente

Luego de realizar esfuerzos razonables para obtener el Acuse de Recibo de la Notificación de la Política de Privacidad y el Consentimiento para uso y divulgación de la información protegida de salud, no fue posible debido a:

Paciente se negó a firmar _____

Barreras de Comunicación _____

Otro (especifique): _____

Nombre Empleado

Firma Empleado

Fecha