

The Bastida Dental Group
4014 82nd Street, 2nd Fl
Elmhurst, NY 11373

HIPAA- Consentimiento

Se me ha presentado con el Aviso de Practicas de Privacidad en el cual se me ha informado de cómo mi información de salud es protegida, puede ser usada y compartida por esta oficina y como puedo obtener acceso a esta información.

Doy a este consultorio consentimiento para usar mi información médica protegida solo cuando es necesario para llevar a cabo mi tratamiento, obtener pago de las compañías de seguros y para operaciones de atención de salud tales como revisiones de calidad. *Entiendo que mi información no será compartida con ninguna persona que no este involucrada en mi tratamiento dental o médico.*

Comprendo que este consultorio tiene el derecho a cambiar sus prácticas de privacidad y que puedo obtener cualquier aviso modificado en el consultorio.

También comprendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, mediante una solicitud por escrito, a excepción de la información que ya se uso o divulgo.

Nombre _____

Firma _____

Fecha _____