



# GOOD NEWS DENTAL

## Formulario de Consentimiento y Política de Privacidad

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_

¿Cómo supo de Good News Dental? \_\_\_\_\_

*por favor seleccione cada línea correspondiente / artículos aceptados*

### Iniciales

\_\_\_\_\_ Tratamiento de Barniz de Fluoruro, si se indica.

\_\_\_\_\_ Tarifa de Descuento Ajustable (si los ingresos son inferiores al 200% del FPL) Se requerirá un comprobante de ingresos y un "formulario de tarifas de descuento".

\_\_\_\_\_ Seguro OHP (ODS Community Dental): Grupo# \_\_\_\_\_ ID de Membresía: \_\_\_\_\_

Cuando sea tiempo de hacer mi próxima cita de limpieza, me gustaría :  llamada  texto

## Prácticas de Privacidad

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN.** De acuerdo con las Regulaciones de Privacidad creadas por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA), estamos obligados a mantener la confidencialidad de su información médica. Esto describe cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida para llevar a cabo el tratamiento, el pago de la operación de atención médica y para otros fines que la ley nos permite o exige. Usaremos y divulgaremos su información médica protegida para brindar, coordinar o administrar su atención dental y cualquier servicio relacionado. Por ejemplo: su información médica / dental puede ser proporcionada a un dentista a quien lo hayan referido. Además, podemos divulgar su información médica protegida periódicamente a otro dentista, médico o proveedor de atención médica que participe en su atención. Podemos usar y divulgar su información dental para obtener el pago de los servicios prestados. Dichas divulgaciones se le pueden hacer a usted, a una compañía de seguros, a una parte responsable o a un tercero. También podemos informarle a su plan de salud sobre un tratamiento que recibirá para obtener una aprobación previa o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.

### Firmando a continuación:

Doy mi consentimiento para el tratamiento preventivo / terapéutico de higiene dental del paciente.

Yo Revisé las prácticas de privacidad anteriores.

Se concede permiso a los higienistas / dentistas para la revisión de registros médicos.

Se concede permiso para enviar y recibir información sobre la salud del paciente (que incluye, entre otros: notas de la historia clínica, imágenes, videos, radiografías) a través de medios electrónicos: correo electrónico, SMS, tele-odontología. (de paciente a proveedor, de proveedor a paciente y entre proveedores).

Se concede permiso para tomar fotografías del paciente para la historia clínica y / o con fines educativos profesionales y para el paciente, e imágenes, videos y radiografías en los procedimientos de evaluación / recopilación de datos.

Entiendo que los servicios brindados son solo preventivos, y no de atención integral de la salud bucal. Los pacientes deben ser atendidos por un dentista con licencia para obtener servicios integrales, y "Good News Dental" se complace en ayudarlos a obtener referencias para una planificación y un tratamiento dentales adicionales. Recomendamos exámenes anuales realizados por un dentista.

Si no me limpian los dientes con regularidad (un intervalo personalizado recomendado por mi higienista), pueden surgir problemas. Entiendo que mi tratamiento dental es importante para mi salud en general.

Se otorga permiso para dejar un mensaje detallado en el número de teléfono y / o correo electrónico que se proporciona a continuación.

Entiendo que tengo derecho a anular esta autorización, por escrito, en cualquier momento.

Nombre del paciente / representante personal: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Dirección para facturas: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de contacto: \_\_\_\_\_ ¿Texto?: S / N (círculo)

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Firma del paciente (Parte Responsable) \*: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\* El paciente (o la Parte Responsable) acepta ser totalmente responsable del pago total del tratamiento aceptado y realizado. No se aplica a los miembros de ODS Community Dental.