

RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD



3700 Fairbanks Ave. Ste. 200
Yakima, WA 98902

Mi Firma confirma que he sido informado de mis derechos de privacidad para proteger mi información médica, bajo la ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPPA 1996). Entiendo que esa informacion puede y será usado para:

1. Coordinar o manejar mi tratamiento con otros proveedores médicos quien pueda estar involucrados directa y indirectamente
 2. Obtener pago de otras agencias de pago por mis servicios medicos
 3. Conducir operaciones normales de cuidado médico tales como evaluaciones de calidad y actividades de mejoramiento
 4. Acepto la communication digital, incuidos mensajes de prueba y correos electrónicos, a la tarifa estándar de me proveedor.
- Para Optar Por no recibir comunicaciones digitales, escriba sus iniciales aquí: _____

Yo he sido informado por mi proveedor dental de su *Aviso de Prácticas de Privacidad* que contiene una descripcion mas completo de los usos y divulgación de mi información de salud protegida. Mi han sido dado el derecho de repasar y recibir una copia de estes *Aviso de Prácticas de Privacidad*. Entiendo que mi proveedor dental tiene el derecho de cambinar ese *Aviso de Prácticas de Privacidad* y que puedo contactar esta oficina en la direccion arriba para obtener una copia actualizada de *Aviso de Prácticas de Privacidad*

Entiendo que puedo peticionar por escrito como quiero que mi informacion privada sea restringida en relacion al uso o divulgacion para hacer mi tratamiento, y operaciones de pago de mi cuidado medico. Entiendo que mi proveedor dental y su officina no esta obligada a estar de acuerdo con mi restricciones, pero si aceptan seran obligados a respetar tales restricciones.

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma: _____

Relación con el Paciente: _____

Miembros dependiente de la familia que están cubiertos por este documento:

Additional Disclosure Authority:

Otros	Nombres	Firma	ID

POR USO DE OFICINA SOLOMENTE:

We were unable to obtain the patient’s written acknowledgement of our *Notice of Privacy Practices* due to the following reason:

- Patient refused to sign
- Communication barriers
- Emergency situation
- Other