



Dr. Natalia N. Antley D.D.S.

2329 Devine St. Columbia, SC 29223 Suite 2 T: 803-799-3368

Consentimiento de Recibo del aviso de Prácticas de privacidad

Usted puede negarse a firmar este Consentimiento

Yo, _____, he recibido una copia del Aviso de
Prácticas de Privacidad de Carolina Dentistry.

Por favor, escriba su nombre en letra imprenta

firma

fecha

Solo Para Uso de la Oficina

Intentamos obtener una aceptación de recibo por escrito de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener la aceptación de recibo porque:

- ☐ El Individuo se negó a firmar
 - ☐ Barreras de comunicación nos prohíben para obtener la aceptación
 - ☐ Una situación de emergencia nos impidió obtener la aceptación
 - ☐ Otros (especifique)
- _____

***** **POR FAVOR, VER LA PÁGINA INVERSA** *****

Consentimiento para divulgar información

De conformidad con las leyes federales y estatales, primero se debe autorizar la divulgación de información de cualquier persona mayor de 18 años (incluida la información relacionada con un cónyuge o hijo **adulto**). La autorización incluye la firma de la persona que autoriza la divulgación de su información. La información **no estará disponible** para nadie más que el paciente cubierto (es decir, un miembro, un cónyuge o cualquier dependiente mayor de 18 años) sin tener primero esta Autorización de Divulgación de Información en el archivo. Por ejemplo, si un suscriptor llama para informar sobre el estado de una reclamación sobre un dependiente de 19 años, esa información no se le dará al suscriptor sin el consentimiento por escrito del dependiente. La misma situación se aplica a la información de cónyuge a cónyuge. Sin embargo, los padres tienen derecho a recibir información sobre los niños menores de 18 años sin el consentimiento del niño.

Quiero proporcionar la autorización **SI** **NO**

Información sobre la persona que autoriza la divulgación de su información

Nombre de la persona que autoriza la divulgación _____

Fecha de nacimiento: persona que autoriza la divulgación _____

La información personal puede ser divulgada y/o recibida por **teléfono, correo electrónico, correo postal, fax**

*La siguiente es una autorización que permite a Carolina Dentistry divulgar información a quien usted designe. Carolina Dentistry está autorizada a divulgar mi información de beneficios, estado de reclamaciones, historial de reclamaciones, información general de reclamaciones, **servicios de administración de recetas, diagnóstico, tratamiento y / o atención, información de dentistas, casos de laboratorio e información de inscripción, a menos que se especifique lo contrario a las siguientes personas u organizaciones:***

Nombre de la persona/organización a la que la oficina puede divulgar mi información _____

Relación de la persona/organización a la que la oficina puede divulgar información _____

Número de teléfono de la persona/organización a la que la oficina puede divulgar información _____

Quiero agregar una segunda persona/organización **SI** **NO**

Nombre de la persona/organización a la que la oficina puede divulgar mi información _____

Relación de la persona/organización a la que la oficina puede divulgar información _____

Número de teléfono de la persona/organización a la que la oficina puede divulgar información _____

Quiero agregar una tercera persona/organización **SI** **NO**

Relación de la persona/organización a la que la oficina puede divulgar información _____

Número de teléfono de la persona/organización a la que la oficina puede divulgar información _____

CONSENTIMIENTO DE AUTORIZACIÓN

Entiendo que el consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento por escrito. Entiendo por qué se me ha pedido que divulgue esta información y soy consciente de que mis derechos como paciente están identificados en el Aviso de prácticas de privacidad.

Confirmo y acepto

Firma

Fecha