Lafayette Family Orthodontics
BRIAN C. LEYPOLDT, DDS, MSD
Your Smile Is Our Specialty

Lafayette Family Orthodontics quiere asegurarle que su información de salud protegida (PHI, por sus iniciales en inglés) está segura con nosotros. La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico es un programa federal que requiere que todos los registros de los pacientes y otras informaciónes de salud identificable individualmente utilizada o divulgada por nosotros en cualquier forma, ya sea electrónicamente, en papel o oralmente, se mantendrá confidencial. Las normas de privacidad requieren que nuestros pacientes firmen un comunicado para que podamos hablar con familiares, amigos u otros parientes con respecto a su tratamiento y la información financiera del paciente. Cada persona que desee que se considere un contacto debe enumerarse individualmente por nombre. Entiendo que autorizar la divulgación de mi información de salud es voluntario. Además, entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización de comunicación en cualquier momento. La revocación de la autorización deberá hacerse en escrito y presentado a Lafayette Family Orthodontics. A menos que se revoque lo contrario, esta autorización es válida por 1 año a partir de la fecha de la firma.

Nombre del paciente : _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____/_____/_____

Si el paciente es menor de edad, Nombre del padre o tutor legal:_____

Relacion al paciente: _____

_____ _____/_____/_____
Firma del padre o tutor legal Fecha

Autorización de Comunicación Confidencial. La Ley de Responsabilidad de Portabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus iniciales en inglés) otorga que usted tiene derecho a solicitar el método y la ubicación para los cuales le comunicamos información confidencial. En orden para proteger la privacidad y confidencialidad de su información, complete lo siguiente para indicar su preferencias de contacto y divulgación de información confidencial.

1.)Información de contacto del paciente (si el paciente es menor de edad, escriba el nombre del padre/tutor junto al número de teléfono)

Numero de Celular: _____
Podemos dejar un mensaje ? Si No

Numero de telefono de casa: _____
Podemos dejar un mensaje? Si No

Correo electronico del paciente: _____@_____.com
Podemos dejar un mensaje? Si No

Encierre en un círculo el número de contacto preferido: Celular, Correo electrónico o Casa

2.) La información detallada se puede divulgar a las siguientes personas:

Nombre:_____Relacion al paciente:_____

Nombre:_____Relacion al paciente:_____

Nombre:_____Relacion al paciente:_____

3.) Indique un contacto de emergencia: Nombre:_____

Relacion al paciente: _____

Numero de telefono: _____