



BUTTERFLY

ORTHODONTICS

RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Aviso de privacidad en septiembre de 2013

He tenido la oportunidad de leer el Aviso de privacidad del paciente para esta práctica. Entiendo que puedo solicitar una copia para llevar en cualquier momento, y que una persona designada está disponible para responder cualquier pregunta que pueda tener ahora, o en el futuro, con respecto al uso en mi Información personal de salud.

Firma de los Padres

Fecha

Testigo de la Práctica

Fecha



BUTTERFLY

ORTHODONTICS

Re: _____

Nombre del paciente

Estimado paciente / padre,

Esto es para informarle que nuestros correos electrónicos se envían a través de un servidor no seguro. Lo que esto significa para usted es que existe un leve riesgo de que una persona no autorizada pueda ver su información personal de salud. Por conveniencia, las transmisiones por correo electrónico pueden ser el método preferido de entrega. Según nuestra Política de privacidad, los pacientes pueden optar por no recibir transmisiones por correo electrónico.

Indique a continuación su preferencia:

- La oficina de ortodoncia del Dr. Clark Jones y el Dr. Chad Foster puede enviar la información de salud personal mínima necesaria por correo electrónico. Esto puede incluir cartas, radiografías panorámicas, fotografías, imágenes I-CAT y otra información de salud personal necesaria para acomodar a sus otros doctores, a su proveedor de atención médica u otras entidades involucradas en su atención médica.
- Prefiero que los correos electrónicos no se envíen con información de salud personal. * *Nota: Si se marca la segunda casilla, enviaremos todos los registros por servicio postal de los Estados Unidos y puede retrasar el tratamiento.*

Nombre de la parte responsable

Firma

Fecha

Relación con el paciente



BUTTERFLY
ORTHODONTICS

**CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR LA
INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Fecha: _____

Yo, _____ doy mi consentimiento para que el Dr. Chad Foster
divulguen todas y cada una de las citas, información financiera y de tratamiento con respecto a:

_____ a las siguientes personas:

_____ Nombre	_____ Relación con el Paciente
_____ Nombre	_____ Relación con el Paciente
_____ Nombre	_____ Relación con el Paciente

_____ Firma	_____ Nombre Impreso	_____ Fecha
-----------------------	--------------------------------	-----------------------

_____ Testigo de Práctica	_____ Fecha
-------------------------------------	-----------------------



BUTTERFLY

ORTHODONTICS

Rechazo CBCT Radiólogo Lectura

Hoy, y posiblemente varias veces durante mi tratamiento de ortodoncia, se tomará un escáner CBCT (rayos X especializado). Yo, _____, reconozco que el Dr. Foster me ha aconsejado encarecidamente que debería permitir que el Dr. Foster comparta los datos de mi escáner CBCT (o el de mi hijo) con un radiólogo, sin costo alguno para el paciente, para revisar, interpretar y analizar adecuadamente los datos escaneo CBCT. Rechazo ese consejo. Entiendo que mi decisión de no permitir que el Dr. Foster comparta esa información con un radiólogo puede resultar en una falla en el diagnóstico o evaluación de una condición médica o dental grave que puede provocar lesiones permanentes o la muerte. Reconozco esos riesgos y rechazo todos y cada uno de los Datos del examen CBCT obtenidos durante el tratamiento de ortodoncia, incluso hoy, compartidos o revisados por un radiólogo, a pesar del consejo del Dr. Foster que les permite compartir esos Datos para que puedan ser revisados adecuadamente.

Nombre del paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo de Práctica: _____

Firma: _____ Fecha: _____