



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 la parte responsable

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