

Longmont Periodontics
Annika Van der Werf, DDS, MS
1055 17th Ave., Suite 101
Longmont, CO 80501
303-678-5253

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA - RECONOCIMIENTO Y FORMULARIO DE
CONSENTIMIENTO**

Entiendo que, bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos de privacidad en relación con mi información de salud protegida. Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- Conducir, planificar y dirigir mi tratamiento y atención de seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en dicho tratamiento directa o indirectamente.
- Obtener el pago de terceros pagadores designados.
- Realizar operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad o certificaciones de médicos.

He sido informado por su parte sobre el Aviso de Prácticas de Privacidad, que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud (disponible en la oficina en formato impreso o en el sitio web de la oficina en www.longmontperiodontics.com). Se me ha dado el derecho de revisar dicho Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad ocasionalmente y que puedo contactar a esta organización en cualquier momento en la dirección mencionada anteriormente para obtener una copia actualizada del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que esta organización restrinja la forma en que mi información privada es utilizada o divulgada para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. También entiendo que la organización no está obligada a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si lo hace, debe cumplir con dichas restricciones.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que la organización haya tomado medidas basadas en este consentimiento.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____