

RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

Entiendo que Woodburn Community Dental. Va a usar y divulgar informacion medica acerca de mi.

Entiendo que mi informacion medica que puede incluir informacion creado y recibido por la practica, puede ser en forma de registros escritos o electronicos o de texto oral y puede incluir informacion acerca de mi historial medico estado de salud sintomas exámenes resultados de pruebas, diagnosticos, tratamientos, procedimientos, recetas y tipos similares de informacion relacionada con la salud.

Entiendo y estoy de acuerdo en que esta practica puede utilizar y divulgar mi informacion de salud con el fin de:

- Tomar decisiones para planear mi cuidado y tratamiento.
- Referir, consultar, coordinar entre si mismos la gestion por el ingenio de otros proveedores de atencion medica.
- Determinar mi elegibilidad para el plan de salud o cobertura de seguro y presentar proyectos de ley, reclamaciones y otra informacion relacionada a las companias de seguros y otras personas que pueden ser responsables para pagar parte o la totalidad de mi atencion de los nuevos sistemas.
- Desempenar las diferentes funciones de oficina administrative y empresariales de apoyo a los esfuerzos de mi medico que me proporcionan, organizar y ser reembolsados por la calida. La atencion de salud costo-efectiva.

Tambien entiendo que tengo el derecho de recibir y revisar una descripcion escrita de como la practica maneja la informacion de salud acerca de mi. Entiendo que esta descripcion por escrito que se conoce como Aviso de practicas de Privacidad y describe los usos y divulgaciones de informacion seguida por los empleados funcionarios y demas, respect a mi informacion de salud.

Entiendo que el Aviso de practicas de Privacidad deberan ser revisados de vez en cuando y que tengo derecho a recibir una copia de cualquier aviso revisado de Practicas de privacidad. Tambien entiendo que una copia o un resumen de la version mas reciente de la notificacion de esta practica de las Practicas de Privacidad en vigor se publicara en la sala de espera y recepcion.

Yo entiendo que tengo el derecho de pedir algunos o todos los informes de mi informacion de salud que sea utilizada o divulgada en forma escrita en el anuncio de las Practicas de Privacidad no es requerido por la ley de aceptar dicha solicitud.