

## RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco el recibo de las prácticas de las privacidad de Contra Costa Endodontics y reconozco que he tenido la oportunidad de leer esta descripción de sus prácticas de la aislamiento y pedir las preguntas con respecto a su aislamiento practican.

Fecha:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre Del Paciente De la Impresión

Una copia de este reconocimiento del recibo de las prácticas de privacidad fue proporcionada al paciente, \_\_\_\_\_ que era no podido firmar, o ha rechazado firmarlo.

Fecha:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Privacy Officer/Contact Person

## CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y EL ACCESO DE LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE LA SALUD

He leído y he entendido las prácticas de la aislamiento de Contra Costa Endodontics, consiento por este medio al uso y al acceso de mi información protegida de la salud de realizar el tratamiento, actividades del pago y operaciones del cuidado médico.

Entiendo que me no requieren dar este consentimiento en orden para Contra Costa Endodontics para utilizar mi información protegida de la salud para tratamiento, actividades del pago y operaciones del cuidado médico. También entiendo que puedo revocar este consentimiento en escritura sometiendo la revocación al Oficial de la Aislamiento /Persona Del Contacto enumerado en la aislamiento de Contra Costa Endodontics practica el aviso. También entiendo que si declino dar mi consentimiento o si lo revoco, Contra Costa Endodontics puede rechazar tratarme o proceder con el tratamiento, actividades del pago y actividades del cuidado médico como si el consentimiento fuera dado o no revocado.

Fecha:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Print Patient's Name

El paciente, \_\_\_\_\_, fue proporcionado una copia de este consentimiento al uso y divulgan la información protegida de la salud y ha no podido firmar o ha rechazado firmarla.

Fecha:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Privacy Officer/Contact Person

## REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Revoco del consentimiento para que Contra Costa Endodontics utilice mi información protegida de la salud cuál di encendido \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_. Entiendo que Contra Costa Endodontics puede rechazar tratarme o puede proceder con el tratamiento, actividades del pago y operaciones del cuidado médico como si esta revocación no fuera hecha.

Fecha:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

**Note: Keep copy of this document in patient's chart and office HIPAA file.**