



NALIN | ORTHODONTICS

Andrew M. Nalin, DDS, PS

2210 Kulshan View Drive Ste. 108
 Mount Vernon, WA 98273
 (360) 428-4979

Reconocimiento de Recibo del Aviso de Declaración de Prácticas de Privacidad

Yo reconozco que he recibido una copia de Declaración de Prácticas de Privacidad de las Oficinas de Nalin Orthodontics, DDS, PS. Este aviso de Prácticas de Privacidad describe los tipos de usos y revelaciones de mi información de salud protegida que puede ocurrir en mi tratamiento, pago de servicios o cumplimiento de operaciones de salud. Este aviso también describe mis derechos y responsabilidades y deberes en esta oficina con respeto a mi información de salud protegida. Este aviso esta puesto en la oficina.

Nalin Orthodontics, DDS, PS reserva el derecho de cambiar las practicas de privacidad que están descritas en el aviso de Practicas de Privacidad. Si las practicas de privacidad cambian, yo seré ofrecido una copia de la revisión de aviso de privacidad el día de mi primera visita después que las revisiones tomen efecto. También puedo pedir que se me mande una copia por correo.

ADICIONAL AVISO DE REVELACIONES			
En adición de las revelaciones descritas en el Aviso de Practicas de Privacidad, yo específicamente autorizo que revelen información de salud protegida a las personal indicadas abajo.			
CUALQUIER MIEMBRO DE MI FAMILIA		SI	NO
ESPOSO(A) SOLAMENTE		SI	NO
OTRO (favor de especificar)		SI	NO

 Nombre del Paciente o Representante

 Firma del Paciente o Representante

 Fecha

 Descripción de Autoridad del Representante



LO SIGUIENTE ES PARA EL USO DE OFICINA SOLAMENTE

REGISTRO DE RECONOCIMIENTO NO OBTENIDO	
PROVEIDO ANTES DEL TRATAMIENTO	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
FECHA PROVEIDA	
RAZON DE DENEGACION	<input type="checkbox"/> Necesitaba mas tiempo para revisar <input type="checkbox"/> Quería consultar con otra persona antes de firmar <input type="checkbox"/> Razón no fue dada <input type="checkbox"/> Otra (explicar)