



**Edgar Mendieta, DDS | Ortodoncista**

Especialista de Ortodoncia para Niños y Adultos

3079 W. Broad St. Suite 6 Columbus, OH 43204

614 279-6481 | Fax 614 279-0199

[www.OrtodonciaMendieta.com](http://www.OrtodonciaMendieta.com)

## HIPAA FORMA DE CONSENTIMIENTO

La Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 establece salvaguardas para proteger su privacidad. Estas garantías incluyen restricciones sobre quién puede ver o ser notificado de su información de salud protegida (PHI). Estas restricciones no incluyen el intercambio normal de información necesaria para brindarle a usted o a su familia con el tratamiento. HIPAA provee ciertos derechos y protecciones a usted como el paciente. Tenemos que equilibrar estas necesidades con nuestro objetivo de proporcionarle un servicio de calidad y atención. Por esta razón, nuestra práctica ha adoptado las siguientes políticas:

Información de los pacientes será confidencial, salvo que sea necesaria para proporcionarle tratamiento o para asegurarse de que todos los asuntos administrativos relacionados con su atención se manejan adecuadamente. Archivos de los pacientes pueden ser almacenados en los bastidores de archivo abierto. El curso normal de su cuidado significa que tales registros se pueden dejar en áreas administrativas tales como la oficina, consultorio médico, etc. El paciente está de acuerdo con los procedimientos normales utilizados dentro de la práctica para el manejo de gráficos de pacientes, registros de pacientes, PHI y otros documentos o información.

Es la política de la oficina para recordar a los pacientes de sus citas. Esto se puede hacer llamando por teléfono a los pacientes o por cualquier otro medio adecuado para la práctica.

La práctica utiliza un número de vendedores en la realización de negocios. Estos proveedores pueden tener acceso a su PHI, pero se compromete a respetar las normas de confidencialidad de HIPAA.

El paciente entiende y acepta las inspecciones de la oficina y la revisión de los documentos que pueden incluir PHI por las agencias gubernamentales o compañías de seguros en el desempeño normal de sus funciones.

El paciente se obliga a cualquier inquietud o reclamo respecto a la privacidad a la atención del director médico o la oficina.

La práctica se compromete a proporcionar al paciente el acceso a sus registros de acuerdo con la ley estatal.

La práctica puede cambiar, agregar, eliminar o modificar cualquiera de estas disposiciones para servir mejor a las necesidades tanto del paciente y la práctica.

Yo, \_\_\_\_\_, la presente de acuerdo con los términos establecidos anteriormente y cualquier cambio posterior en la política de la oficina. Entiendo que este consentimiento permanecerá en vigor durante tanto tiempo como yo soy un paciente o padre / tutor de un paciente de esta práctica.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha