



4963 W 6th Ave  
Hialeah, FL 33012

Phone: (305) 558-1171  
Fax: (305) 558-1173

### **Póliza de Privacidad**

Establecida para proteger la privacidad de su atención médica y su información personal, nuestra actitud es cumplir con la Regla de privacidad de HIPAA.

La regla de privacidad de HIPAA establece una base de protección federal para su información de salud personal, cuidadosamente equilibrada para evitar crear barreras innecesarias para la prestación de atención médica de calidad. Como tal, la Regla generalmente prohíbe a una identidad cubierta usar o divulgar información médica protegida a menos que los pacientes lo autoricen, excepto cuando esta prohibición resulte en una interferencia innecesaria con la atención médica de calidad, ciertos beneficios públicos importantes o prioridades nacionales.

Por la presente doy permiso para discutir mi tratamiento con las siguientes personas: \_\_\_\_\_

### **Forma de Liberación**

Autorizo al dentista y a los designados por el dentista como asistentes para realizar los procedimientos de diagnóstico y los tratamientos que sean necesarios para el cuidado dental adecuado.

En relación con los servicios dentales que estoy recibiendo, autorizo la toma de fotografías dentales. Estas fotografías son para uso exclusivo en la oficina y se utilizan con fines de documentación, planificación del tratamiento, comunicación con nuestro laboratorio y educación.

Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con mi atención médica (o la de mi hijo), asesoramiento y tratamiento a otro dentista.

Entiendo que soy responsable de todos los costos del tratamiento dental.

Por la presente autorizo el pago de los beneficios del seguro directamente al dentista, de lo contrario pagables a mí.

Doy fe de la exactitud de la información en este formulario.

Al firmar este formulario, reconozco que comprendo todo lo que ha leído y que las preguntas que he respondido son verdaderas.

**Valoramos su opinión y queremos brindarle la mejor atención posible.**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_