

FORMA DE CONSENTIMIENTO

LEGAL A LA PRIVACIDAD DEL PACIENTE

Yo, _____ con numero de Seguro Social _____ y fecha de nacimiento _____ autorizo y doy mi consentimiento a MONROE DENTAL CLINIC a otorgar informacion sobre mi tratamiento medico/dental. Incluyendo mi historial medico/dental, reports fisicos y radiograficos, asi como reports de laboratorio. Se incluiran los progresos en mi tratamiento y opinions relevantes acerca de alguna dependencia quimica o abuso de alcohol, al igual que enfermedades mentales o contagiosas como el SIDA, virus de HIV, (esto incluye cualquier menor a mi cuidado).

Entiendo que las operaciones de esta oficina de MONROE DENTAL CLINIC seran grabados visual y en audio por una red virtual privada. Yo autorizo dicha grabacion.

Esta forma tiene como proposito autorizar y obtener tratamiento medico/dental o pago por servicios prestados.

Entiendo que la copia firmada por mi persona de este formulario es valida y original, y puede ser usada como document legal.

Comprendo aún más que tengo el derecho de revisar nota de la intimidad de MONROE DENTAL CLINIC y para solicitar restricciones. Comprendo aún más que puedo revocar este consentimiento en el futuro si yo tan debo desear.

Firmado este _____ day de _____, 20_____

Firma

Imprimió a Padre de nombre

guardián legal de paciente (impresión)

Las Restricciones especiales:

