



Smile Central Dental
140 Market Street
Paterson, NJ 07505
(973) 742-4200



Aviso de Prácticas de Discreción Reconocimiento del Paciente

Nombre y Apellido Del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Yo he recibido este Aviso de Prácticas de discreción de esta Práctica médica escrita en lenguaje sencillo. El aviso provee en detalle los usos y divulgaciones de mi información protegida de la salud que esta práctica médica puede Hacer, mis derechos individuales y las obligaciones legales de la Práctica con respeto a mi información protegida de la salud. El Aviso incluye:

- Una declaración donde se requiere por ley que esta práctica médica mantenga la privacidad de información de la salud.
- Una declaración donde se requiere que esta práctica médica cumpla con los términos del aviso actualmente en vigencia.
- Los tipos de uso y divulgaciones que se le permite a ésta práctica médica hacer por cada uno de los siguientes propósitos: pagos y operaciones del cuidado de la salud.
- Una descripción de cada uno de los otros propósitos por el cual se le permite y se requiere que ésta práctica médica use o divulgue información protegida de la salud sin mi consentimiento por escrito o dicha autorización.
- Una descripción de los usos y divulgaciones que están prohibidas o materialmente limitadas por la ley.
- Una descripción de otros usos y divulgaciones que serán solamente hechas con mi autorización por escrito y a la cual puedo revocar.
- Mis derechos individuales con respeto a la información protegida de la salud y una breve descripción de cómo puedo ejercitar estos derechos en relación con:
 - el derecho a quejarme a esta práctica médica y a la Secretaria de Salud y Servicios Humanos si yo creo que mis derechos de discreción han sido violados y que no se iniciará ninguna acción en mi contra en el caso que se presentara dicha queja.
 - El derecho de solicitar restricciones relacionadas con algunos usos y revelaciones de mi información protegida de la salud, y que esta práctica médica no necesita estar de acuerdo con el pedido de restricción.
 - El derecho de recibir comunicaciones sobre la información protegida de la salud.
 - El derecho de inspeccionar y copiar la información protegida de la salud.
 - El derecho de enmendar la información protegida de la salud.
 - El derecho de recibir un informe de las divulgaciones de la información protegida de la salud.
 - El derecho de recibir una copia del Aviso de practica de Discreción si se lo pidiese a esta práctica médica.

Esta practica se reserva el derecho de cambiar los terminos del Aviso de Prácticas de Discreción que mantiene y de presentar nuevas estipulaciones vigentes para proteger la información sobre salud. Yo comprendo que puedo obtener de ésta práctica médica el actual Aviso de Prácticas de Discrecion si asi lo solicitara.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Relación de parentesco con el paciente (en caso de que este firmado por un representante personal)