

**AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

Al firmar este formulario, reconoces haber recibido la “Notificación de Practicas de Privacidad” la cual ofrece información acerca de cómo podríamos utilizar y divulgar tu información médica protegida. Te recomendamos léelo completamente. Nuestra “Notificación de Practicas de Privacidad” es sujeta a cambios. Si realizamos cambios en nuestra notificación, obtendrás una copia de la notificación modificada en nuestra oficina o en el sitio web de internet.

Si tienes dudas acerca de nuestra “Notificación de Practicas de Privacidad”, favor de comunicarse al (619)422-0300.

Al firmar este formulario confirmo de recibida la “Notificación de Practicas de Privacidad” de Family Dental Care.

**FORMA GENERAL DE CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO MEDICO**

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO:** Al firmar este documento, el paciente, pariente responsable, o representante legal del mismo, voluntariamente da su consentimiento y autorización para recibir el cuidado y tratamiento médico que resulte necesario incluyendo exámenes de diagnostico, procedimientos médicos y medicamentos que sean suministrados por el personal autorizado por Family Dental Care. Yo, el o la firmante de este documento, reconozco que no hay garantías relacionadas con los efectos de los tratamientos para cualquier condición médica.

**EL DERECHO DE REHUSAR EL TRATAMIENTO.** La parte responsable y firmante de este documento entiende que tiene el derecho de tomar decisiones informadas sobre todo cuidado y tratamiento y que puede hacerle preguntas al personal que le está brindando el servicio para que aclare cualquier duda o concepto que no le sea entendible. Tiene también el derecho de rehusar cualquier tratamiento y de informarle a su médico de su decisión.

**DIVULGACION DE INFORMACION:** Autorizo a los empleados de Family Dental Care para que provean la información de mis expedientes médicos que resulte necesaria para llenar las formas de solicitud de pago para mi cuidado clínico por parte de aseguradoras, planes de salud y pagadores terceros (incluyendo a empleadores, planes de salud o proveedores de compensación para trabajadores). Doy fe de haber recibido la Notificación de Derechos de Privacidad que define que información puede ser utilizada o divulgada. Doy mi consentimiento para el uso de mi información como se encuentra definida en la Notificación y entiendo que puede incluir información relacionada con el tratamiento del VIH/SIDA, con servicios de salud mental y con el tratamiento sobre el uso de alcohol y/o drogas.

**ASIGNACION DE BENEFICIOS:** Yo, el o la firmante autorizo e instruyo a mi aseguradora para que haga el pago directamente a Family Dental Care por beneficios dentales. Entiendo que los copagos, el coaseguro y los servicios no cubiertos son responsabilidad mía o de la persona responsable de mis pagos.

**ACUERDO FINANCIERO.** Yo, el o la firmante (ya sea como paciente o representante), estoy de acuerdo en pagar los cargos incurridos en conformidad con la lista de tarifas establecida. Entiendo que si soy miembro de un Plan de Salud (HMO) y no he obtenido autorización para el pago por servicios, seré responsable por los cargos no cubiertos. También entiendo que soy responsable por los pagos pendientes, y que se requiere de un depósito para los pacientes que no califiquen a los programas de beneficios públicos.

**DECLARACION ANTICIPADA.** Adultos mayores de 18años, tienen el derecho de (a) girar instrucciones para su cuidado médico en el futuro, o (b) designar a un representante que pueda hacer estas decisiones en caso de pérdida de capacidad para hacerlo. Yo, el o la firmante, entiendo que la información sobre declaraciones anticipadas se encuentra disponible al solicitarla.

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente o Representante: \_\_\_\_\_

Nombre del Representante Legal: \_\_\_\_\_

Si firma algún alterno al paciente, indicar parentesco: \_\_\_\_\_