

We're in the Business of Children's Smiles

www.CltPediatricDentistry.com

Specializing in Pediatric Dentistry

Autorización Para Compartir Información a Familiares o Amistades



Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____

CHARLOTTE PEDIATRIC DENTISTRY está autorizado a compartir información médica protegida sobre el paciente en la manera y a las personas identificadas.

Personas Para Recibir Información Escriba el nombre de las personas a quien usted autoriza para recibir información.

Descripción de Información para ser Publicada Seleccione cada una de las opciones que se puede dar a la persona indicada.

Mensaje de voz

Recordatorio de cita

Otro _____

Otras Persona(s) (nombre y número de teléfono)

Nombre _____ Relación al Paciente _____

Información financiera

Nombre _____ Relación al Paciente _____

Tratamiento, necesidades y/o decisiones

Nombre _____ Relación al Paciente _____

Acompañar al paciente a la cita

Correo Electrónico (proveer la dirección de correo electrónico)*

Información financiera

Tratamiento

*para autorizar el correo electrónico, por favor seleccione la opción

Recordatorio de cita

Notificación de incumplimiento

Mensaje de Texto (proveer el número de teléfono)*

Recordatorio de cita

*para autorizar el mensaje de texto, por favor seleccione la opción

Otro _____

Para Mensaje por Correo Electrónico o de Texto yo entiendo que la información que no sea enviada en una manera privada puede tener un riesgo de ser utilizada inapropiadamente. Aun acepto recibir correo electrónico y mensajes de texto.

Fotos del paciente recibida por el paciente o guardián legal

Puede ser publicado en la oficina

Fotos tomadas por empleados (antes y después de procedimiento)

Puede ser publicado en el sitio web

Facebook / Twitter _____

Otro _____

Notas:

- Nosotros no usaremos el apellido del paciente al menos que usted lo permita.
- Nosotros no usaremos o compartiremos la foto del paciente.
- Nosotros no compartiremos ninguna información del paciente.
- Nosotros no compartiremos ninguna información personal (correo electrónico, número de teléfono, etc.).

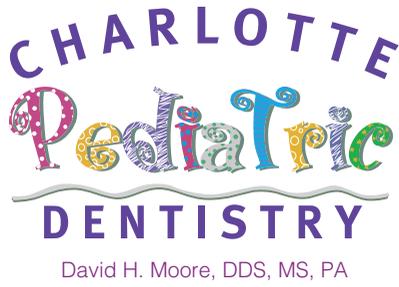
Derechos del Paciente: Esta autorización será efectivo hasta que sea revocada por el paciente o el representante firmando la autorización.

- Tengo el derecho de anular esta autorización en cualquier momento.
- Puedo inspeccionar o copiar la información de salud protegida que se divulgará como se describe en este documento.
- Yo entiendo que anulación de esta autorización no es efectiva en casos donde la información ya ha sido divulgada, pero será efectiva lo más pronto posible.
- La información utilizada o divulgada como resultado de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del recipiente y puede que ya no esté protegida por la ley federal o estatal.
- Yo entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi tratamiento no estará condicionado al firmar esta autorización.
- Entiendo que la información divulgada puede incluir un diagnóstico de enfermedad transmisible como el VIH.

Firma del Paciente//Representante Personal

____ / ____ / ____
Fecha

*Descripción del Representante Autorizado (Attach necessary documentation)



We're in the Business of Children's Smiles
www.CltPediatricDentistry.com
Specializing in Pediatric Dentistry

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO



Por medio de la presente yo autorizo al doctor y a los empleados de Charlotte Pediatric Dentistry a diagnosticar y proveer otros servicios de tratamiento, incluyendo fluoruro, anestesia local y anestesia general. Que en su juicio profesional los procedimientos sean considerados necesarios o beneficiosos. Antes del servicio definitivo, el tratamiento propuesto será presentado y discutido con los padres de familia o con el guardián.

La Academia Americana de Odontologia Pediátrica recomienda que se aplique fluoruro dos veces al año para ayudar la formación del esmalte dental, para reparar la etapa temprana de las caries dentales, y ayudar a prevenir la descalcificación. Por estos motivos, tenga en cuenta que se aplicara en cada limpieza dental a menos que se notifique lo contrario,

Yo entiendo que solamente un adulto puede estar en el área de tratamiento con el paciente, no se permiten otros niños debido los reglamentos de OSHA y el espacio. Los niños no se pueden dejar solos en el área de espera. Está prohibido tener alimentos o bebidas en la clínica. De acuerdo a los reglamentos de HIPPA no se permite el uso de los celulares en el área de la clínica o cuarto de tratamiento.

Yo entiendo que este consentimiento seguirá vigente hasta el momento en que yo decida terminarlo.

Nombre del Paciente

Firma del Padre/Guardian

Fecha

Testigo

Fecha

Consentimiento para restringir al paciente fisicamente si es necesario, con el fin de efectuar el procedimiento en forma segura.

Yo entiendo que este consentimiento seguirá vigente hasta el momento en que yo decida terminarlo.

Nombre del Paciente

Firma del Padre/Guardian

Fecha

Testigo

Fecha