



ReGenesis Health Care Family Dentistry

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

CESIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO

AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Las siguientes son las condiciones de los servicios provistos por ReGenesis Health Care para el paciente cuyo nombre aparece al final de esta página.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL

Doy el consentimiento para mi o mi niño(a) para recibir el tratamiento dental que sea necesario, por los proveedores en el ReGenesis Health Care. Estos procedimientos incluyen, pero no están limitados a; exámenes, limpiezas, tratamientos de fluoruro, selladores, restauraciones (calzas), coronas, tratamientos de periodoncia (encías), tratamientos de conducto (canal de raíz), extracciones, fabricación de prótesis dentales (dentaduras y parciales), y el uso de anestésicos locales. Entiendo que el uso de anestésicos locales conlleva el posible riesgo de hinchazón, hematomas, cambios en la percepción de dolor o adormecimiento prolongado.

Entiendo que la práctica de la medicina y la cirugía no son una ciencia exacta y reconozco que no se ha realizado ninguna garantía en cuanto al resultado de los tratamientos y exámenes.

Este consentimiento se considerará vigente a menos que sea revocado.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

ReGenesis Health Care está autorizada a divulgar cualquier información médica requerida en el procesamiento de solicitudes o en la presentación de información para cobertura financiera y mayores tratamientos médicos o dentales, para incluir información según los planes de la historia médica, radiografías (rayos-x), y notas de progreso clínicos. También acepto la divulgación de información médica dental, o de otro tipo acerca mío, a agencias regulatorias federales o estatales del gobierno, de acuerdo a lo requerido por ley.

CESIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO

Garantizo el pago de todos cargos realizados para el paciente o por su cuenta y cedo mis derechos sobre cualquier beneficio de seguro u otro financiamiento a ReGenesis Health Care. Entiendo que soy responsable de cualquier cargo no cubierto por el seguro u otras formas de beneficios

AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

He recibido o leído una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad. El aviso describe cómo se podría Usar o divulgar mi información de salud. Entiendo que debería leerlo con cuidado. Soy consciente que el Aviso podría cambiar de cuando en cuando. Se puede acceder al Aviso de Prácticas de Privacidad en www.myrhc.org.

Firma del Paciente, Tutor o Representante Legal

Fecha

Si se firma por persona distinta al paciente, relación con el paciente: _____

Testigo: _____

Fecha _____

*Esta organización está obligada a mantener la privacidad y confidencialidad de su información de salud y proveerle un aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información que recolectamos y mantenemos acerca suyo.