

Para Nuestros Pacientes

Gracias por el interés en Phoenix College para sus necesidades dentales. Nuestros Profesores de Higiene Dental están certificados por la Comisión de Acreditación Dental de la Asociación Dental Americana. Ofrecemos un programa de Higiene Dental que cumpla con los valores más altos de las profesiones. Ofrecemos una oportunidad para obtener las polizas y procedimientos de nuestro centro de enseñanza clínica.

Clínica De Higiene Dental

Los pacientes elegibles para recibir tratamiento en la clínica. Los nuevos pacientes requieren una evaluación inicial o cita de evaluación para determinar si son elegibles. Los pacientes a los que no se les ofrezca tratamiento de higiene dental serán remitidos para recibir tratamiento a un dentista de su elección. Algunos pacientes pueden calificar inicialmente para el tratamiento y luego, una vez completada la terapia inicial, ya no serán considerados como casos de enseñanza; en este caso, los servicios serán



! "\$ %&' (!&)*+, !""&- &. &)/ ", "" *0 &1 2)/& &34) 56789; < 0!! &3 /*= >0!)?)\$ 6<@ A6 B:9;
97<:9; CD89:6<@EFG8<B; <; H6 I 8 J 5A8 B; KLM56789:N< KOPK RK STUV 97A:9XYD89:6<@ZV [\]^_`O_MOV LK
SKLM@]MSK RMCKQMR` P MRK ORK aQ'S` UFb

P t r o

Mujeres - F *vor i ic r*

- Embarazada Tratando de concebir Lactando Tomando contraceptivos orales Menopausal
ue o sepa, todas las repuestas previas son verídicas. Si ha cambios en el es

MEICATION

Pati nt's Na : _____

at	M dication & esag	Pu es fo M dication	O al Eff cts, P cautions to ntal T at nt

Pati nt Int vi w

ATE	COMMENT

NOMBR _____ F CHA _____

HISTORIA D NTAL

Sí No ¿Tiene usted exámenes y

FORMAR DE CONSENTIMIENTO IPAA DEL PACIENTE

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad brinda información sobre cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida. El Aviso contiene una sección de Derechos del paciente que describe sus derechos conforme a la ley. Usted tiene el derecho de revisar nuestro Aviso antes de firmar este Consentimiento. Los términos de nuestro Aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro Aviso, puede obtener una copia revisada comunicándose con nuestra oficina.

Tiene derecho a solicitar que limitemos la forma en que la información médica protegida sobre usted se utiliza o divulga para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta solicitud, pero si lo hacemos, cumpliremos ese acuerdo.

Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de su información médica protegida para su tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Usted tiene el derecho de revocar este Consentimiento, pero escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha Solicitud de Limitación de Información Médica Protegida no puede ser revocada una vez que se ha aceptado.

Formulario de Autorización de Privacidad IPAA

Yo, _____, Di jio a mi proveedor es de servicios médicos que revelen libre a mi información de salud protegida que se descubre pagado es debajo a:

Nombre: _____

Relación: _____

La información de contacto: _____

Información de salud que se revelara a petición de la persona mencionada anteriormente (ma que A o B):

- A. **Revelar** mi expediente completo de salud (incluyendo, entre otros, diagnósticos, análisis de laboratorio, pronóstico, tratamiento facturado, para todas las condiciones)
- B. Revela mi expediente de salud, como se indicó anteriormente, **PRONO NO REVELAR** lo siguiente (ma que según corresponda):
 - Radiografías dentales
 - Información del historial médico
 - Nota/Anotaciones clínicas
 - Información de gráficos dentales / periodontales
 - Tratamiento de salud o al proporcionado
 - Información de facturación
 - Otro (especifique): _____

Forma de revelación (a menos que otro formato sea mutuamente acordado entre mi proveedor y la persona designada):

- Un registro electrónico o acceso a través de un portal en línea
- Copia en papel

Esta autorización se eficaz hasta (Ma que una):

- Todos los períodos pasados, presentes y futuros
- Fecha o evento: _____

a menos que lo revoque. (NOTA: Usted puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento notificándolo a sus proveedor(es) de atención médica, por escrito).

Firma del individuo dando autorización

Fecha de Nacimiento

Fecha

Número de Control de Privacidad : 45 C. . . 1 4.524

Recurso proporcionado por la Comisión de Lenguaje y Envejecimiento de ABA | www.americanbar.org/aging

Phoenix College Dental Clinic | 3144 N 7th Ave | Phone: (02)285-7323 Fax: (02)285-7127

PHOENIX U LGEDEN INI

D mai i gadd ss 3144 No t

PHOENIX AZ 85013

PHONE: 02-285-7323

FAX: 02-285-7127

Unit am o pati t

dat

ms/imag s, o