

Privacidad del paciente

La ley de privacidad del paciente nos obliga a informarle cómo se maneja su información en nuestra oficina. Lea cada declaración y ponga sus iniciales. El Dr. Wagner y el personal harán todo lo posible por proteger su privacidad mientras esté aquí.

- _____ Entiendo que, al registrarme a mi llegada, otro paciente podría ver mi nombre en la hoja de registro.
- _____ Entiendo que alguien podría ver mi nombre en la agenda que aparece en la pantalla de la computadora. En esa pantalla no se muestra información personal.
- _____ Entiendo que el personal podría tener que llamarme por mi nombre en la oficina para llamar mi atención.
- _____ Entiendo que otro consultorio dental o médico podría tener información relevante para mi atención y tratamiento aquí. Autorizo al Dr. Wagner o a un miembro de su personal a solicitar esa información, incluidas radiografías, notas escritas y modelos.
- _____ Entiendo que la oficina me llamará sobre mis citas. Autorizo al Dr. Wagner o a su personal a dejar un mensaje con otra persona, o un mensaje grabado, en los números de teléfono que he proporcionado.
- _____ Entiendo que mi expediente a veces estará fuera del archivo y otro paciente podría ver mi nombre en él. Mi expediente nunca se dejará donde otra persona pueda leer su contenido.
- _____ Si estoy hablando con el doctor o con un miembro del personal y no quiero que otras personas en la oficina o en la sala de espera escuchen la conversación, pediré un cuarto privado.
- _____ Acepto las declaraciones anteriores y entiendo que la información sobre mi tratamiento se protegerá en la medida de lo posible y no se revelará a otro paciente.

Nombre en letra de imprenta _____

Firma _____ Fecha _____