

Consentimiento para el Tratamiento del Pacientes en la Dentistería Pediátrica

Por medio de la presente yo autorizo al Dr. David Moore y a los demás profesionales empleados en la Dentistería Pediátrica, a diagnosticar y proveer otros servicios de tratamiento, incluyendo: anestesia local y general; cuando tales procedimientos sean considerados necesarios ó beneficiosos.

Antes del servicio definitivo, el tratamiento propuesto será presentado y discutido con los padres de familia ó con el adulto responsable del paciente.

Entiendo que solo un adulto ser permite en el cuarto de tratamiento. Los niños no se pueden dejar solos en el área de espera. No se permite el uso celular en el área de la clínica o cuartos de tratamiento. Estás son reglas de HIPAA. Está prohibido tener comida o bebidas en la clínica de acuerdo a las reglas de OSHA.

Este consentimiento permanecerá en vigencia hasta cuando yo decida terminario.

 Nombre del Paciente

 Firma del Adulto Responsable

____/____/____
 Fecha

 Testigo

____/____/____
 Fecha

Yo doy permiso al personal de la Dentistería Pediátrica de restringir al paciente físicamente si es necesario, con el fin de efectuar el procedimiento en forma segura. Yo entiendo que este consentimiento está en vigencia hasta cuando yo lo cancele.

 Nombre del Paciente

 Firma del Adulto Responsable

____/____/____
 Fecha

 Testigo

____/____/____
 Fecha



Autorización Para Compartir Información a Familiares o Amistades- Liberación del Compuesto

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.	
<input type="checkbox"/> Mensaje de voz		<input type="checkbox"/> Recordatorio de cita <input type="checkbox"/> Otro _____	
Otras Persona(s) (nombre y número de teléfono)			
<input type="checkbox"/> Nombre _____ Relación al Paciente _____		<input type="checkbox"/> Información Financiera	
<input type="checkbox"/> Nombre _____ Relación al Paciente _____		<input type="checkbox"/> Tratamiento, Necesidades y/o Decisiones	
<input type="checkbox"/> Nombre _____ Relación al Paciente _____		<input type="checkbox"/> Acompañar al paciente a la cita	
<input type="checkbox"/> Correo Electrónico (proveer la dirección de correo electrónico)* _____		<input type="checkbox"/> Información Financiera <input type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> Recordatorio de cita <input type="checkbox"/> Notificación de Incumplimiento	
<i>*para autorizar el correo electrónico, por favor seleccione la opción.</i>			
<input type="checkbox"/> Mensaje de texto (proveer el número de teléfono)* _____		<input type="checkbox"/> Recordatorio de cita <input type="checkbox"/> Otro _____	
<i>*para autorizar el mensaje de texto, por favor seleccione la opción.</i>			
<input type="checkbox"/> 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.			
<input type="checkbox"/> Fotos del paciente recibida por el paciente o guardián legal		<input type="checkbox"/> Puede ser publicado en la oficina	
<input type="checkbox"/> Fotos tomadas por empleados(antes y después de procedimiento)		<input type="checkbox"/> Puede ser publicado en el sitio web	
<input type="checkbox"/> Facebook/Twitter _____		<input type="checkbox"/> Otra _____	
Notas: <ul style="list-style-type: none"> • 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: <ul style="list-style-type: none"> • Yo entiendo que tengo el derecho de inspeccionar o copiar la información médica protegida en este documento. • Yo entiendo que una revocación no es efectiva en casos donde la información ya ha sido divulgada, pero será efectiva lo más pronto posible. • Yo entiendo que la información usada o divulgada como resultado de esta autorización ya ha sido divulgación por el recipiente y ya no puede ser protegida por la ley federal o estatal. • Yo entiendo que tengo el derecho de rechazar esta autorización y que mi tratamiento no será condicionado con esta autorización. • Yo entiendo que tengo el derecho de rechazar a firma esta autorización y que mi tratamiento no será condicionado firmando esta autorización. • Yo entiendo que información compartida puede incluir diagnósticos como VIH.
--

Esta autorización será efectiva hasta que sea revocada por el paciente o el representante firmando la autorización.

 Firma del Paciente/Padre/Guardián Legal/Representante Personal

_____/_____/_____
 Fecha

*Descripción del Representante Autorizado

