



Dr. Nick Kim, DMD, MDS & Dr. Paul Kim

El Reconocimiento de Política de Privacidad

Este formulario es requerido por las normas de privacidad del paciente emitidos recientemente (2003) por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Su información de salud protegida (es decir, la información de identificación personal, como nombres, fechas, números de teléfono / fax, direcciones de correo electrónico y datos demográficos) se puede usar en conexiones con su tratamiento, pago, o su cuenta o cuidado de salud (es decir, evaluaciones de desempeño, certificación, acreditación y otorgamiento de licencias).

Usted tiene el derecho de revisar el aviso de privacidad de nuestra oficina antes de firmar este formulario de consentimiento, una copia del cual se coloca en la zona de recepción.

Usted tiene el derecho de solicitar restricciones sobre el uso de su información de salud protegida. Sin embargo, no estamos obligados a ser o no cumplir con su solicitud.

Podemos modificar el aviso de privacidad unidos en cualquier momento. Si lo hacemos, le proporcionará una copia de los cambios, y los cambios no pueden implementarse antes de la fecha efectiva de la notificación revisada.

Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento por escrito. Sin embargo, tal revocación no será efectiva en la medida en que cualquier acción ha sido tomada en relación con este consentimiento.

Gracias por su cooperación. Por favor, háganos saber si usted tiene alguna pregunta.

Firma del Paciente/Guardián _____

Imprime tu Nombre _____

Fecha _____