



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

Reconhecimento de Política de Privacidade

Este formulário é exigido pelas normas de privacidade do doente recentemente emitidas (2003) pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos.

Sua informação de saúde protegida (ou seja, informações individualmente identificáveis, tais como nomes, datas, números de telefone/fax, endereços de e-mail e dados demográficos) pode ser usado em conexões com seu tratamento, pagamento ou suas contas ou saúde as operações (ou seja, avaliações de desempenho, certificação, acreditação e licenciamento).

Você tem o direito de rever a política de privacidade do nosso consultório antes de assinar este formulário de consentimento, uma cópia do que é colocada na área de recepção.

Você tem o direito de solicitar restrições sobre o uso de sua informação de saúde protegida. No entanto, nós não precisamos e podemos não, honrar seu pedido.

Nós podemos alterar a política de privacidade anexada a qualquer momento. Se fizermos, fornecemos a você com uma cópia das mudanças, e as alterações não podem ser implementadas antes da data efetiva do anúncio de revista.

Você pode revogar este consentimento a qualquer momento, por escrito. No entanto, tal revogação não será eficaz na medida em que nenhuma ação foi tomada em dependência este consentimento.

Obrigado por sua cooperação. Por favor, diga-nos se você tiver quaisquer outras perguntas.

Assinatura do Paciente ou
Responsável _____

Nome Impresso _____

Data _____