

JUSTUS ORTHODONTICS

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD *Consentimiento de Recibo*

Al firmar este formulario usted confirma haber recibido y comprendido el *Aviso de prácticas de privacidad* de JUSTUS ORTHODONTICS. Nuestro *Aviso de prácticas de privacidad* ofrece información acerca del modo en que podemos utilizar y revelar información médica sobre usted. Le recomendamos que lo lea por completo.

Nuestro *Aviso de prácticas de privacidad* está sujeto a cambios. Si le hacemos cambios a este aviso usted podrá obtener copias de la versión actualizada si llama al 503-352-3800 o viene a nuestra oficina ubicado en 11790 SW Barnes Rd., #390, Portland, OR. 97225.

Si usted tiene alguna pregunta sobre nuestro *Aviso de prácticas de privacidad* por favor llame a:
Patty Herron, Oficial de Privacidad al (503) 352-3800.

Yo reconozco que he recibido el *Aviso de prácticas de privacidad* JUSTUS ORTHODONTICS.

Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Firma: _____ Fecha: _____
(paciente/padre/conservador/guardian)

IMPOSIBILIDAD DE OBTENER CONFIRMACIÓN

Complete sólo si no obtiene la firma del paciente.

Describe los intentos de buena fe realizados para obtener el consentimiento del paciente y las razones por la cual esta forma no fue firmada.

Firma del representante del proveedor: _____ Fecha: _____