Nease & Higginbotham Orthodontics

Eric R. Nease, D.D. S., M.D.S. Phil R. Higginbotham, D.D. S., M.D.S.

K. Alexandra Thomas, D.D.S., M.D.S.

Reconocimiento de las Prácticas de Privacidad

I, _____, reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Nease & Higginbotham Orthodontics, PA.

He enumerado a las personas que están autorizadas a recibir mi información médica protegida. Soy consciente de que puedo revocar la autorización de cualquier individuo en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito

_____ _____

Firma del Paciente Fecha

_____ _____

Firma del Paciente & Parentesco Fecha
(obligatorio si el paciente es menor de edad
o un adulto que no puede firmar el formulario)

Las siguientes personas tienen mi autorización para acceder a mi Información Médica Protegida

_____	_____	_____	_____
Nombre	Relación	Completo / Restringido (Acceso (Restringido cómo)	Número de teléfono
_____	_____	_____	_____
Nombre	Relación	Completo / Restringido (Acceso (Restringido cómo)	Número de teléfono
_____	_____	_____	_____
Nombre	Relación	Completo / Restringido (Acceso (Restringido cómo)	Número de teléfono
_____	_____	_____	_____
Nombre	Relación	Completo / Restringido (Acceso (Restringido cómo)	Número de teléfono