

Heidi J. Stark, DDS
 Diplomate, American Board of Pediatric Dentistry
 Libby A. Johnson, DDS
 Diplomate, American Board of Pediatric Dentistry
 Emily J. Egley, DDS
 Diplomate, American Board of Pediatric Dentistry
 Katie J. Garcia, DDS
 Diplomate, American Board of Pediatric Dentistry
 Allie L. Wolf, DDS



Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros de Salud, Autorización limitada y forma de liberación

Puede negarse a firmar este reconocimiento y autorización. Al negarse puede ser que no se permita procesar sus reclamos de seguros.

- Al proporcionar direcciones de correo electrónico y números de teléfono celular, estoy de acuerdo en ser contactado por correo electrónico y mensaje de texto para confirmar las citas/programar citas y presentar la información del seguro/facturación. Métodos adicionales pueden incluir: teléfono de casa, teléfono del trabajo, y cualquier correo de voz. Si ninguno de estos métodos está disponible, entiendo que las copias en papel pueden ser enviadas por correo a mi dirección de casa.
- Estoy de acuerdo que la información de salud de mi hijo puede ser transmitida electrónicamente a cualquier persona involucrada en su cuidado médico/dental o para el pago de su cuidado médico/dental.

Por favor indicar los demás partidos que puedan aportar su hijo(s): (esto incluye padrastros, abuelos y cualquier cuidador que pueden tener acceso a los registros de este paciente)

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

El que suscribe reconoce la recepción o la comprensión del aviso actualmente vigente de las prácticas de privacidad de este centro de salud. Una copia de esta firmado, fechado documento deberá ser tan eficaz como el original

****Mi firma también servirá como un documento de información de la versión de la salud publica debería yo en el futuro solicitar tratamiento o radiografías ser enviados a otros doctores/instalaciones ****

Por favor escribe el nombre del padre o tutor

Por favor escribe el nombre del paciente(s)

 Firma del padre/tutor

 Relación al paciente

Fecha: _____

Solo uso de oficina

Se intentó obtener la firma del padre/tutor en este reconocimiento pero no lo hizo porque:

- Una situación de emergencia impidió consentimiento _____
- Barrera de comunicación con el paciente _____
- Individuo se negó a firmar _____
- Otro (descubrir) _____

 Firma del personal de Lincoln Pediatric Dentistry