



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

North Office 3272 Salt Creek Cir. Lincoln, NE 68504 | **Southeast Office** 4301 S. 80th St. Lincoln, NE 68516

East Office 7001 A St., #103 Lincoln, NE 68510 | **Yankee Hill Office** 3811 Grainger Pkwy Lincoln, NE 68516

Phone 402.476.1500 | **Fax** 402.476.1510 | **LincolnPediatricDentistry.com**