



Jake Fried DDS

199 S Main St  
Gloversville, NY 12078

P: 518-601-2220

F: 518-601-2221

info@primaryteeth.com

## Formulario HIPAA

### Reconocimiento de recibo del aviso de prácticas de privacidad

Reconozco que he leído una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad para las oficinas de Primary Teeth Pediatric Dentistry, PLLC. El Aviso de prácticas de privacidad describe los tipos de usos y divulgaciones de mi información médica protegida que pueden ocurrir en mi tratamiento, pago de servicios o en el desempeño de las operaciones de atención médica en el consultorio. El Aviso de Prácticas de Privacidad también describe mis derechos y las responsabilidades y deberes de esta oficina con respecto a mi información de salud protegida.

Primary Teeth Pediatric Dentistry, PLLC utiliza E-Prescribing, que permite al médico enviar recetas electrónicamente a una farmacia, tener información sobre qué medicamentos están cubiertos por el plan de beneficios de medicamentos y tener información sobre los medicamentos que el paciente ya está tomando. Al firmar este formulario de consentimiento, usted acepta que la odontología pediátrica de dientes primarios puede solicitar y utilizar su historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica y/o terceros pagadores de beneficios de farmacia para fines de tratamiento.

### Additional Disclosure Authority

Además de las divulgaciones permitidas descritas en el Aviso de prácticas de privacidad, por la presente autorizo específicamente la divulgación de mi información médica protegida a las personas que se indican a continuación.

(Solo marque aquellos a los que permitiría el acceso a la información de su hijo y escriba su(s) nombre(s) en la línea provista)

Cualquier familia inmediata \_\_\_\_\_

Solo cónyuge \_\_\_\_\_

Otro (especifique) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

El Aviso de prácticas de privacidad se puede descargar en [www.primaryteeth.com](http://www.primaryteeth.com)