



MURPHY ORAL MAXILLOFACIAL SURGERY

ARIC A. MURPHY, DDS, MD

Fecha: _____

Primer Nombre _____ Apellido(s) _____

Sexo : ☐ Mujer ☐ Varón ☐ Otro

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad ____ SS# _____

Cellular # _____ Email _____

Manera de Contacto Preferido ☐ Texto ☐ Cellular ☐ Email

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Doctor _____ Dentista _____

Farmacia (y dirección) _____

Contacto Emergencia (Nombre & Número de teléfono) _____

Relación: _____

EL RESPONSIBLE DE SU CUENTA (☐) Usted Mismo/a (☐) Padres (☐) Otro

Nombre (Primero & Apellido) _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

SS# (requerido) _____ Número de teléfono # _____

Email _____ Número de Licencia: _____

Empleado (Requerido) _____ Dirección _____

SEGURO DENTAL: (O una COPIA de la tarjeta de Seguro)

Nombre de la Compañía de Seguros: _____ Fecha efectiva: _____

Nombre del Asegurado: _____

ID or SS# del Asegurado : _____

Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____

de Grupo: _____

Si se solicita –SEGURO MEDICO : (O una COPIA de la tarjeta de Seguro)

Nombre de la Compañía de Seguros: _____

ID or SS# del Asegurado: _____



MURPHY ORAL MAXILLOFACIAL SURGERY

ARIC A. MURPHY, DDS, MD

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Hipaa Form

Yo, _____, voluntariamente autoriza así la divulgación de información de mi historial de salud.

Nombre del paciente: _____ Número de registro: _____

Dirección: _____ Fecha de nacimiento: _____

Información que será divulgada: _____

La información será facilitada a: Nombre de la persona/Organización/Instalación: _____

Número de teléfono: _____ Dirección: _____

Esta información ha de ser divulgada con el fin declarado arriba y no puede ser usada por el receptor para ningún otro fin. Bajo la ley de HIPAA con petición escrita del paciente, los datos pueden ser facilitados hasta 30 días después de la petición.

AUTORIZACIÓN PARA USAR Y RECIBIR CORREO ELECTRÓNICO.

Yo, _____ (Nombre del paciente) quiero comunicarme por correo electrónico con

_____ (Nombre de la consulta) sobre asuntos relacionados con my salud y/o mi tratamiento médico.

Entiendo que cualquier información confidencial de salud personal que envío a la consulta no es segura y la envío bajo mi responsabilidad. No consideraré la consulta ni ninguno de los miembros del personal responsable por la pérdida de confidencialidad asociada con la información transmitida por correo electrónico. También entiendo que no es la política de la consulta encriptar ninguna información confidencial de salud personal que pido que me envíen por correo electrónico. Porque esta información no está encriptada entiendo que no es segura. Reconozco el riesgo y no considero a la consulta ni a ninguno de los miembros del personal responsables por ninguna pérdida de confidencialidad asociada con tales transmisiones.

AUTORIZACIÓN PARA DEJAR MENSAJES EN EL BUZÓN DE VOZ

Yo, _____ (Nombre del paciente) autorizo el uso de mensajes en el buzón de voz como una forma de comunicar Información de Salud Personal y Confidencial. Pueden dejar mensajes de voz en las siguientes líneas telefónicas: Casa:

_____ Celular: _____ Otros: _____

RECONOCIMIENTO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Aviso al paciente:

Se requiere que le demos una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, el cual afirma como podemos o no podemos divulgar su información de salud. Por favor, firme este formulario para reconocer el recibimiento del Aviso. Puede negarse a firmar este reconocimiento si lo desea.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ADMINISTRACIÓN

Hemos hecho todo lo posible para conseguir el reconocimiento escrito de nuestro Aviso de Privacidad de este paciente pero no ha sido posible por:

☐ El paciente se negó a firmar.

☐ Debido a una situación de emergencia no fue posible conseguir reconocimiento.

☐ Otros (por favor, incluya detalles específicos): _____

Firma del empleado _____

Fecha _____



MURPHY ORAL MAXILLOFACIAL SURGERY

ARIC A. MURPHY, DDS, MD