



PACHTER
ORTHODONTICS

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Antes de comenzar su tratamiento de ortodoncia debe revisar el aviso de privacidad adjunta, firme y feche este formulario con respecto a sus derechos de privacidad.

Tenga en cuenta que su información de salud es protegida (es decir, información individual identificable como nombres, fechas, números de teléfono y fax, direcciones de correo electrónico, direcciones, números de seguridad social y los datos demográficos) pueden utilizarse en relación con su tratamiento, el pago de su cuenta o de operaciones de atención médica (es decir, evaluaciones, certificación, acreditación y licencia.)

Reconozco que he revisado este aviso de privacidad.

Firma

Fecha