

Forma de Permiso Clínica de Alcance - letra de imprenta clara y completa todos los ámbitos

Name _____ del niño _____ MA ewest Prim azul Medica Plus Ventaja Ucare HP
 DOB _____ Género; MUJER HOMBRE Asegurado CARNÉ DE IDENTIDAD # _____
 Los padres / tutor privado _____ Nombre Insurance Co. _____ ID # _____
 Address _____ Los seguros privados en nombre of _____ DOB _____
 Phone _____ dirección de Co Seguros Privados _____

Medicina / Historia dental:

Médico / Clínica _____ Las preocupaciones sobre la salud / Condiciones _____

Medicamentos: _____ Un llergies: _____

Niño está recibiendo tratamiento para nada en este momento? Si no _____ En caso afirmativo, What _____

La hospitalización reciente: _____ Cirugías: _____

Última visita al dentista _____ Lo que se hizo _____ ¿Dónde _____

Es esto y nuestro dentista regular? _____ If Sí, va a seguir yendo allí? _____ Cualquier RNS conce dentales _____

Aviso de prácticas de privacidad

Usted tiene derechos de privacidad bajo la Ley de Gobierno de Minnesota Práctica de datos y la portabilidad del seguro médico y la Ley Federal de Responsabilidad (HIPAA). Estas leyes protegen su privacidad, sino también demos su información a otros si una ley lo requiere. Un aviso completo con todos los detalles está disponible a petición de la siguiente proveedor de servicios.

Permiso

Doy permiso al personal que atiende Manos Clínica Dental para proporcionar los siguientes servicios para el paciente nombrado arriba. He revisado el Aviso de prácticas de privacidad del círculo todo lo que corresponda.:

Radiografías de examen oral (si es necesario) Limpieza Barniz de Flúor Instrucciones de higiene oral abierto mirada ancha

yo También dar permiso para que la información dental / de salud para ser compartido con el siguiente del paciente; por favor incógnita aquellos

con permiso. Ventaja inicial de Servicios Sociales _____ Salud Pública _____ Servicios Familiares del Condado
 Servicio de Salud de la Escuela _____ Servicios de Colaboración de la familia _____

Otros, por favor list _____

Padre / tutor Firma: _____ Date _____

Este permiso es válido durante los 18 meses si no se cancela antes.