



Nth Degree Orthodontics

Eric R. Nease, DDS, MDS

Phil R. Higginbotham, DDS, MS

K. Alexandra Thomas, DDS, MDS

RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

I, _____, reconozco que he recibido una copia del
Aviso de prácticas de privacidad de Nth Degree Orthodontics, PA.

He enumerado a las personas que están autorizadas para recibir mi información médica protegida. Soy consciente de que puedo revocar la autorización de cualquier individuo en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Paciente & Parentesco
(obligatorio si el paciente es menor de edad
A un adulto que no puede firmar el formulario)

Fecha

Las Sigüientes Personas Tienen mi Autorización Para Acceder a mi Información Médica Protegida

Relación Acceso Cmpleso/Restringido (Cómo restringido) Número de teléfono

Relación Acceso Cmpleso/Restringido (Cómo restringido) Número de teléfono

Relación Acceso Cmpleso/Restringido (Cómo restringido) Número de teléfono

Relación Acceso Cmpleso/Restringido (Cómo restringido) Número de teléfono