

LA DOCUMENTACIÓN DE RECIBO

Yo, _____, reconozco por la presente que yo he recibido una copia del Aviso de Práctica de Privacidad. Me han dado la oportunidad de hacer cualquier pregunta que yo pueda tener con respecto a este Aviso.

Nombre	Fecha
Testigo	Fecha

LA AUTORIZACIÓN PARA USAR FOTOGRAFÍAS Y NOMBRES EN LA OFICINA, LOS DESPLIEGUES PROMOCIONALES Y EDUCATIVOS

Debido al diseño físico, naturaleza y "personalidad" de nuestra oficina, nosotros desplegamos a menudo los nombres de nuestros pacientes y fotografías en los tabloncitos de anuncios de la oficina, y nuestro website. Nosotros estamos orgullosos de los logros de nuestros pacientes y desplegamos sus fotografías y nombres para reconocer sus buenas calidades por ejemplo cuando se cepillan los dientes bien, cuando juegan deportes y cuando ganan premios en concursos. Nosotros también desplegamos fotografías y nombres de pacientes cuando tienen un tiempo divertido a los eventos de la oficina, como el Día de la Apreciación Paciente. En la oficina, fotografías, nombres y fechas de nacimiento (no el año de nacimiento!) se muestra en la pantalla de la computadora para permitirnos saber que usted está aquí para su cita. Los doctores también usan las fotografías de nuestros propio pacientes como ejemplos en los estudios y las presentaciones educativas a las oficinas dentales y promociones a otros grupos.

Nosotros estamos muy conscientes de la importancia de confidencialidad de archivos médicos. Sin embargo, durante los últimos veinte años, nosotros hemos visto cuánto nuestros pacientes y padres disfrutan viendo lo que está pasando con el resto de nuestra familia de Hidden Valley Orthodontics. Como siempre, usted puede confiar en nosotros para mantener una oficina divertida, y ambiente saludable durante su tratamiento. Si usted tiene cualquier pregunta, por favor no dude preguntar. ¡Nosotros apreciamos su confianza en nosotros!

Yo doy mi permiso para que Hidden Valley Orthodontics use mi/o de mi hija/hijo y fotografías, como descrito anteriormente.

Nombre	Fecha
Testigo	Fecha

LA AUTORIZACIÓN PARA OBTENER REPORTE DE CRÉDITO

En general la mayoría de los casos, ofrecemos financiamiento sin interes. Para arreglar su cuenta financiera necesitamos primero obtener un reporte de su crédito. El reporte sera requerido antes de que le expliquemos su costo de tratamiento. Al contrario si usted planea pagar su tratamiento en un pago completo no necesitamos procesar su reporte.

Doy permiso para Hidden Valley Orthodontics que obtenga el reporte de mi crédito para el propósito determinar financiamiento de ortodóntico.

Nombre	Fecha
--------	-------