从英语翻译成中文(简体) - www.onlinedoctranslator.com

Set⊕atIon ::，NC!

416 W.拉斯图纳斯博士，#107

圣盖博, 加利福尼亚州, 91n6, 美国

患者姓名：_____ 帐户 #：_____

出生日期：----------

HIPAA / 保险发布 / 患者责任通知

HIPAA：Co11 披露

我特此同意 TR Gonzales DDS Dental Corporation 使用和披露我受保护的健康信息，以用于治疗、付款和医疗保健运营。您可以随时取消此同意。您的取消必须采用书面形式，由您或您代表签署，并且只能当我们真正收到它时才有效。您有权要求限制出于治疗、付款或医疗保健操作的目的而使用和披露您受保护的健康信息。我们不需要同意您的请求，但是，如果我们这样做，我们就必须遵守该限制。我们发布的隐私政策提供了有关您受保护的健康信息的使用和披露的更多详细信息。在签署本同意书之前，您有权查看我们发布的隐私政策。我们保留修改我们发布的隐私政策条款的权利。您可以询问前台工作人员或致电 (626) 872-6352 获取当前政策的副本。

致谢的收到隐私惯例通知

我确认我已收到 TR Gonzales DDS Dental 的隐私惯例通知
公司，

患者或法定代表人签名：⊕----------

日期：----------

保险发布表

特此指示我的保险公司通过开具支票并邮寄至：TR Gonzales DDS Dental Corporation 416 W. Las Tunas Dr, #107 San Gabriel, CA, 91776 向 TR Gonzales DDS Dental Corporation 付款。如果我当前的保单禁止直接付款致医生，我还特此指示并指导我的保险公司为我开出支票，并将其邮寄到上面列出的地址，以获得根据我当前的保险政策允许的或应支付给我的专业或牙科费用福利，作为总费用的支付对于所提供的专业服务。这是本政策下我的权利和利益的直接转让。这笔付款不会超过我对上述受让人的债务。我同意以当前方式支付上述专业服务费的任何余额**奥韦坦德**高于此保险金。本作业的复印件应被视为与原件一样有效。我还授权向参与此案的任何保险公司、理赔员或律师披露与我的案件有关的任何信息。

患者或法定代表人签名：_____

日期：----------