

Los siguiente información es solicitado por los objetivo de representación apropiado dental higiene servicios y voluntad ser amservó confidencial.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
*Último primero Inicial del segundo nombre Jyfes día año*

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
*Número de calle Ciudad Estado Código Postal*

Sexo asignado al nacer: Hombre \_\_ Mujer \_\_

Identidad de genero: No binario \_\_ Prefiero no revelar \_\_ Prefiero autodescribir \_\_\_\_\_

¿Qué pronombres prefieres que usem s cuando hablamos de ti?

\_\_\_\_ Ella / ella / ella \_\_. Él / él / su \_\_ Ellos / ellos / ellos \_\_ Otro: Por favor especifique: \_\_\_\_\_

¿Qué idioma te sientes más cómodo hablando? \_\_\_\_\_

Mejor forma de ser contactado: Mensaje de telefono \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, notifique: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
*Nombre. Reladon Número de teléfono*

¿Cómo se enteró de la clínica? CIRCULO

(1) Familia / anúgo (2) Publicidad (3) Santa Rõ-a Junior College (4) En linea (5) Nombre del consullorio dental:

(6) Otro \_\_\_\_\_

### HISTORIAL MEDICO

1. ¿Cómo describiría su salud en general?

Pobre  Justo  bueno

Si es deficiente, explique \_\_\_\_\_

2. Fecha del último examen médico:

\_\_\_\_\_  
*mes año propósito de la vü;ita*

Para uso clínico:		
Constantes vitales iniciales: BP_____	P_____	R'_____
Etapa_____		Clasificación A S A _____
Sin modificaciones ____ Con modificaciones a Tx _____		

Nombre de los médicos / clínicas: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, ¿a qué hospital le gustaría ser transportado? \_\_\_\_\_

3. ¿Un médico lo está tratando ahora o lo ha tratado un médico en el último atio?

sí  no \_\_\_\_\_ Describe la condicion \_\_\_\_\_

4. Enfermedades mayores / Hospitalizaciones / Cirugía

*Por favor liste* \_\_\_\_\_

5. ¿Hay antecedentes de diabetes en su familia?

sí  no \_\_\_\_\_  
*En casw afirmativo, identifique a un miembro de la familia*

6. ¿Tiene alguna discapacidad de algún tipo?

sí  no \_\_\_\_\_  
*Describe la discapacidad*

PATIENT INFORMACIÓN, MÉDICO HISTORIA, DENTAL HISTORIA

Los siguiente información es solicitado por los objetivo de representación apropiado dental higiene servicios y voluntad ser conservó confidencial.

**¿Se ha enfermado, ha mostrado alergia o le han dicho que no tome ninguno de los siguientes:**

**Droga** **Lista de**  
**medicamentos específicos**

- 7. Antibióticos (*penicilina, etc.*)  sí  no \_\_\_\_\_
- 8. Novacaine / anestésico dental  sí  no \_\_\_\_\_
- 9. Látex o sulfitos (*circulo*)  sí  no \_\_\_\_\_
- 10. Otras drogas o medicamentos  sí  no \_\_\_\_\_

**¿Alguna vez ha tomado o está tomando medicamentos para?**

- 11. Alergia  sí  no
- 12. Artritis o reumatismo  sí  no
- 13. Enfermedad / síndrome autoinmune  sí  no
- 14. Control de natalidad / menopausia (*hormonas*)  sí  no
- 15. Sangre (*Suplementos de hígado o hierro, etc.*)  sí  no
- 16. Adelgazamiento de sangre (*anticoagulantes*)  sí  no
- 17. Diabetes (*plldora o "inyecciones"*)  sí  no

En caso afirmativo:

¿Que tipo?..... Tipo I\_\_ Tipo II\_\_

¿Has comido hoy?..... sí \_\_\_\_ No\_\_

¿Cuál fue su recuento de glucosa esta mañana?

- 18. Epilepsia / convulsiones (*anticonvulsivos*)  sí  no
- 19. Dolores de cabeza  sí  no
- 20. Corazón o presión arterial  sí  no
- 21. ansiedad / depresion / dormir  sí  no
- 22. Problemas de estómago *ulcera u otro*)  sí  no
- 23. Condición de la tiroides  sí  no
- 24. ¿Estás usando ahora lentes de contacto?  sí  no
- 25. Con una dieta pr escrita (*bajo en sodio, etc.*)  sí  no
- 26. Consumir tabaco (fumar, *masticar, vapear*)  sí  no

Si es así, escriba: \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_

- 27. Esta usando Marijuana?  sí  no
- 28. Premedicacion antibiótica antes de un trabajo dental  sí  no
- 29. Fen-Phen o Redux tomado (pildoras de dieta)  sí  no
- 30. Enfermedad cardíaca o vascular  sí  no
- 31. Cirugía cardíaca  sí  no
- 32. Prótesis valvular  sí  no
- 33. Marcapasos  sí  no
- 34. Ataque cardíaco  sí  no
- 35. Accidente cerebrovascular  sí  no
- 36. Cardiopatía reumática /fiebre reumática  sí  no
- 37. Soplo cardíaco /prolapso de la válvula mitral  sí  no
- 38. Cardiopatías congénitas  sí  no
- 39. Enfermedad renal  sí  no
- 40. Trasplante de órganos  sí  no
- 41. Transfusión de sangre  sí  no
- 42. Hipoglucemia  sí  no
- 43. Híper / hipotiroideo  sí  no
- 44. Reemplazo de prótesis articulares  sí  no

45. Problemas pulmonares (TB, *enfisema, asthma*)  sí  no

¿Tiene su inhalador con usted? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

46. Enfermedad de la sangre (*Anemia, leucemia, etc*)  sí  no

47. Sangrado / hematomas excecevos  sí  no

48. Desmayos / convulsiones / epilepsia  sí  no

49. Psicoterapia  sí  no

50. Dependencia de drogas y alcohol o drogas intravenosas  sí  no

51. Tumor o cáncer  sí  no

52. Radiación /quimioterapia  sí  no

53. Terapia con esteroides (*cortisona, etc.*)  sí  no

54. Hepatitis / enfermedad hepática / ictericia  sí  no

55. ETS (*sifilis, gonorrea, herpes*)  sí  no

56. VIH positivo o SIDA  sí  no

57. Bifosfonato ingerido (*Actonel, Boniva, Fosamax*)  sí  no

¿Embarazada?  sí  no

Si es así fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

**58. Enumere cualquier otra condición que crea que deberíamos conocer:**

**59. Enumere todos / cada uno de los medicamentos, remedios herbales u homeopáticos que esté usando en este momento, incluidas las drogas recreativas: (adjunte una lista separada si es necesario)**

## HISTORIA DENTAL

¿Cuál es la principal razón de su visita? \_\_\_\_\_

1. ¿Cómo describiría su salud bucal?

Pobre  Justa  Bueno

si es malo:

Explicar: \_\_\_\_\_

2. Fecha del último examen dental:

\_\_\_\_\_ *mes año*

\_\_\_\_\_ *propósito de la visita*

3. ¿Fecha de la última limpieza dental? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *mes año*

4. Fecha de las últimas radiografías dentales \_\_\_\_\_

*Circule: Alas de mordida F/M/X/Pano mes año*

5. Frecuencia de las revisiones dentales:

6 meses  anual  Otro \_\_\_\_\_

6. Dentista Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

7. ¿Alguna vez ha tenido un tratamiento con rayos X que no sean radiografías dentales?

sí  no Razón: \_\_\_\_\_

8. ¿Qué tipo (s) de anestésicos se utilizaron para algún tratamiento dental anterior?

Xilocaína (inyecciones)  Óxido nitroso (gas)

Anestesia general  Otro \_\_\_\_\_

9. ¿Ha tenido alguna vez una reacción inusual a la anestesia dental? (gas o disparos)  sí  no Si es así, ¿más de una vez?  sí  no

10. ¿Está nervioso por recibir tratamiento dental?

Sí \_\_\_\_\_ Explique por qué \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

11. Después del tratamiento dental, ¿ha tenido alguna vez problemas de sangrado?  sí  no

En caso afirmativo, \_\_\_\_\_ *Se requieren medidas correctivas*

12. ¿Alguien en su familia usó dentadura postiza?

sí  no \_\_\_\_\_

*En caso afirmativo, motivo de la pérdida de dientes.*

**Alguna vez has tenido:** (comprueba la respuesta correcta?)

13. Una experiencia dental traumática  sí  no

14. Dificultad para masticar la comida  sí  no

15. Dificultad para abrir bien la boca  sí  no

16. Problemas para apretar o rechinar los dientes  sí  no

17. Lesión en la cara, dientes, mandíbulas.  sí  no

18. Dientes sensibles  sí  no

19. Sangrado de encías  sí  no

20. Dolor agudo en la boca o en las encías.  sí  no

21. Ampollas de fiebre en los labios o la boca.  sí  no

22. Llagas en los labios o la boca que tardan en sanar.  sí  no

23. Tratamiento de ortodoncia (*tirantes*)  sí  no

24. Periodontal (*dude*) tratamiento  sí  no

25. Endodoncia (*canalraiz*) tratamiento  sí  no

26. Prótesis (*reemplazo de dientes*)  sí  no

27. Instrucciones para el control de la placa (*uso de hilo dental, etc.*)  sí  no

28. Asesoramiento nutricional  sí  no

29. Empastes o restauraciones del color de los dientes  sí  no

30. Implantes dentales  sí  no

### Alguna vez:

31. Piensa que tus dientes están afectando tu salud general. salud de alguna manera?  sí  no

32. ¿Se siente insatisfecho con la apariencia de sus dientes?  sí  no

33. ¿Le preocupa recibir tratamiento dental?  sí  no

34. ¿Se muerde con frecuencia los labios o las mejillas?  sí  no

35. ¿Muerde con frecuencia objetos como clavos, hilo, etc.  sí  no

36. ¿Tiene piercings en la boca o en la cara?  sí  no

37. ¿Por qué cree que es importante que le limpien los dientes?

Cálculo (*sarro*) *nece* ser eliminado

La mancha debe eliminarse

No puedo mantener mis propios dientes limpios

Otro \_\_\_\_\_

38. ¿Cuál cree que es su mayor problema dental?

No tengo conocimiento de ninguno en este momento

Caries (*la caries dental*)

Enfermedad periodontal (de las encías)

Los dientes *nece* *han* enderezarse

Otro \_\_\_\_\_

39. ¿Qué tipo de cepillo de dientes usas?

Suave  Medio  Duro  No se  Cepillo de dientes eléctrico

40. ¿Qué tipo de pasta de dientes usa?

Fluoruro  Sin fluoruro  No se  Otro \_\_\_\_\_

41. ¿Con qué frecuencia te cepillas los dientes?

Una vez al día  Dos veces al día  Otro \_\_\_\_\_

42. ¿Cuánto tiempo te cepillas? \_\_\_\_\_ minutos \_\_\_\_\_

43. ¿Con qué frecuencia usa hilo dental?

Diario  De vez en cuando  No lo use en este momento

44. ¿Qué dispositivos de limpieza adicionales usas?

Toma de agua  Perio ayuda  Pro brush  Porta hilo dental

Estudiantes /mondadientes  Otro \_\_\_\_\_

45. ¿Se ha beneficiado del fluoruro en alguno de los siguientes casos?

Agua potable  Tabletas  Pasta dental

Oficina dental  Enjuague bucal

46. Con mayor frecuencia come alimentos que contienen azúcar

Todo el tiempo  En diferentes momentos del día.  En las comidas  No comas dulces

47. ¿Hay algo que se pueda hacer para que su visita sea más cómoda?

48. ¿Usa productos de tabaco (cigarrillos, pipa, vape)?  sí  no

**Doy fe del hecho de que los antecedentes médicos y dentales anteriores son verdaderos y completos. Por la presente solicito y autorizo la prestación de servicios de higiene dental**  
(Se requiere la firma del padre o tutor para niños menores de 18 años.)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre y apellido del estudiante de higiene dental

\_\_\_\_\_  
DH#

\_\_\_\_\_  
Nombre de la facultad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Denista clínico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Santa Rosa Junior College**  
**CLÍNICA DE ENSEÑANZA DE HIGIENE DENTAL CONDICIONES DE TRATAMIENTO**

**INFORMACIÓN GENERAL:** La Clínica de Higiene Dental en SRJC es principalmente una clínica de enseñanza; por lo tanto pacientes recibir atención dental participará en el programa de enseñanza. El tratamiento se realizará mediante higiene dental. Estudiantes y serán supervisados por miembros de la facultad de Programas Dentales de SRJC. Tratamiento bajo supervisión requiere más tiempo que si se hace en un consultorio dental privado y puede requerir múltiples citas que duren aproximadamente tres horas cada uno. Debe continuar visitando a su dentista general con regularidad para exámenes y tratamientos dentales. La Clínica de Higiene Dental SRJC puede negarse a tratar a pacientes que no tienen exámenes dentales de rutina o tiene una enfermedad dental que requiere consideraciones de enfermedad dental que quedan fuera de nuestro alcance de tratamiento.

**SOLICITUD PARA CONVERTIRSE EN PACIENTE:** Solo los pacientes cuya atención es adecuada para fines docentes son elegibles para tratamiento en la Clínica de Higiene Dental SRJC. Todos los pacientes requieren una evaluación inicial para determinar su elegibilidad. Eso puede ser necesario que varios estudiantes realicen el tratamiento para completar el tratamiento. SRJC se reserva el derecho de denegar la aceptación en el tratamiento en la Clínica de Higiene Dental SRJC si se determina que un paciente no sería una oportunidad educativa apropiada. Es su responsabilidad mantener su contacto información actualizada para que los estudiantes puedan comunicarse con usted.

**CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS DENTALES:** Antes de recibir tratamiento, debe preguntarle al estudiante sobre el procedimiento (s) que él / ella recomienda que se someta, y haga cualquier pregunta que pueda tener antes de decidir si da o no su consentimiento para que se realicen los procedimientos. Todos los procedimientos dentales pueden implicar riesgos o resultados infructuosos y complicaciones, y no se ofrece garantía de resultado o curación. Tiene derecho a ser informado de dichos riesgos, así como de la naturaleza del procedimiento, el beneficio esperado y la disponibilidad de métodos alternativos de tratamiento. Tiene derecho a dar su consentimiento o rechazar cualquier procedimiento propuesto en cualquier momento. Antes de su ejecución. Por el contrario, la Clínica de Higiene Dental de Santa Rosa Junior College se reserva el derecho de no realizar el tratamiento específico solicitado por usted si viola el estándar de atención en odontología y / o higiene dental cuidado o no contribuye a la oportunidad educativa del estudiante.

**FOTOGRAFÍAS:** Se pueden tomar fotografías del paciente para documentar una afección, los hallazgos del examen y / o fines didácticos.

**RESPONSABILIDADES FINANCIERAS:** A los pacientes que reciban tratamiento en la Clínica de Higiene Dental SRJC se les cobrará tratamiento de acuerdo con el programa de tarifas en la clínica. Las tarifas se cobran antes de comenzar el tratamiento; pacientes debe estar preparado para pagar los servicios antes de que comiencen los procedimientos. SRJC no presentará ningún reclamo por seguro dental.

**REGISTROS DENTALES:** Los registros, radiografías, fotografías y otros materiales relacionados con su tratamiento en el SRJC. La Clínica de Higiene Dental es propiedad de los Programas Dentales de SRJC. Tiene derecho a inspeccionar dichos materiales o solicite copias por escrito. Cumpliremos dentro de los 15 días hábiles. SRJC puede cobrar una tarifa razonable por este Servicio. También puede solicitar que le envíen sus radiografías dentales a otro proveedor de atención médica. Además, tu Los registros médicos / dentales se pueden usar con fines educativos y, si lo son, no se divulgará su identidad a personas que no participan en su atención y tratamiento.

**CUMPLIMIENTO DE SUS CITAS:** Se requiere que los pacientes lleguen a tiempo a sus citas. Si encuentras que tu no puede asistir a una cita, debe notificar al estudiante o a la oficina de la clínica al menos con 24 horas de anticipación. Cancelaciones sin previo aviso de 24 horas, citas perdidas o intentos fallidos repetidos de organizar una La cita puede ser motivo para suspender el tratamiento adicional de un paciente en la Clínica de Higiene Dental SRJC.

**DESCARGO DE RESPONSABILIDAD DEL PRODUCTO:** La dispensación de productos no constituye un respaldo de SRJC o el Departamento de Programas Su firma en este formulario certifica que ha leído y comprendido la información proporcionada en el formulario, que ha recibido una copia, y que acepta la atención de higiene dental bajo los términos y condiciones descritos.

FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

Si está firmado por otra persona que no sea el paciente, indique la relación: padre / tutor / tutor 12/2021

## **Poliza de Privacidad y Practicas de los Programas Dentales Aliados del Colegio de Santa Rosa.**

ESTE DOCUMENTO DESCRIBE COMO SU INFORMACION DE SALUD PUEDE SER OBTENIDA REPASADA POR NUESTROS PROFESORES Y ESTUDIANTES. POR FAVOR REPASOLO CON CUIDADO.

Usted es un estimado participante en nuestro programa educativo y nosotros estamos vitalmente interesados en la proteccion de la privacidad de nuestros pacientes. Para asegurarlo hemos desarrollado polizas de privacidad y procedimientos apropiados. Este documento describe como salvaguardamos estos datos para que su informacion de salud no sea transigida mientras lo atendamos como paciente en nuestra clinica.

- "Informacion de salud protegida" es informacion de salud individualmente identificable, transmitida o mantenida por medios electronicos u otros medios.
- Nosotros usamos y revelamos la minima cantidad de informaci3n de salud protegida para efectuar servicios para usted. Ejemplos de estas revelaciones y usos son:

### **Tratamiento**

Nosotros usamos y revelamos informacion de salud para el tratamiento de nuestros pacientes por medios de repaso del historial medico, consentimiento para tratamiento que envuelve higiene dental, radiografias, procedimientos de pulimento coronal, ademas de otros procedimientos clinicamente obtenidos. Esta informaci3n sera obtenida por medio de listed directamente o por medio de otro proveedor de asistencia medica. Esta informaci3n podria ser revelada a otro proveedor de asistencia medica o dentro de nuestra instalaci3n medica como sea prudente a su tratamiento en la Clinica Dental de el Colegio de Santa Rosa.

### **Operaciones**

Nosotros usamos y revelamos informaci3n de salud protegida para actividades que estan relacionadas con los requisitos educativos del colegio, requisitos de acreditacion, y programa de estudios. Esto puede incluir calibraci3n de la ejecuci3n de nuestros profesionales de salud, el entrenamiento, acreditaci3n, licenciatura, y actividades de credencial.

### **Autorizacion**

Nosotros usamos informacion de salud protegida para otros propositos, solamente, si usted lo ha autorizado por escrito. No obstante, no utilizamos datos de salud en esta forma, asi que no le pediremos autorizacion para hacerlo.

\* Limitamos como, cuando, y con quien revelamos informacion de salud protegida. Cuando lo hacemos, revelamos solo la informacion minima que sea requerida. Ejemplos incluyen:

### **Ley**

Tenemos el deber de revelar informacion de salud protegida si se requiere por ley, mandato judicial, o orden tribunal, o para reportar informacion acerca de una victima de crimen.

### **Salud Publica**

Revelaremos informacion de salud protegida a organizaciones de salud publica o agendas de gobierno como sean autorizadas por ley.

### **Seguridad**

Revelaremos informacion de salud protegida para prevenir amenazas serias a la salud o seguridad del estudiante o otras personas.

### **Gobierno**

Revelaremos informacion de salud protegida como sea requerida por el gobierno federal o el ejercito militar para seguridad nacional y actividades de inteligencia.

\* Protegeremos sus derechos con respecto a la poliza de su oficina dental acerca de informacion de salud protegida. Los pacientes tienen derechos con respecta su informacion de salud protegida. Estos derechos incluyen:

### **Acceso**

Los pacientes pueden revisar y obtener una copia de la informacion de salud protegida que mantenemos.

### **Contabilidad**

Usted puede pedir cuenta de cualquier revelacion que hagamos de informacion de salud protegida. Esta peticion debe ser por escrito y no por un periodo de tiempo que . xceda seis anos y no incluye fechas antes de Abril 14, 2003.

### **Restriccion**

Usted puede solicitar que limitemos nuestras revelaciones de informacion de salud protegida. Sin embargo, No estamos bajo restriccion a estar de acuerdo con la solicitud si esto impacta nuestra comision departe de ADA Comision de Acreditacion Directrices y Normas. **Comunicacion**

Usted puede pedir que nos comuniquemos con usted acerca de nuestro manejo de informacion de salud protegida de cierta manera, tiempo o lugar. Su peticion debe ser por escrito y nosotros haremos honor a cualquier peticion razonable.

Cambios a nuestra poliza de privacidad y procedimientos

Podriamos cambiar las polizas y procedimientos contenidos en este aviso. Si hacemos algun cambio material de nuestra poliza y procedimiento nosotros vamos a hacer provision de los cambios mediante una copia actualizada cuando usted haga peticion.

Como contactarnos con respecto a privacidad

Si tiene cualquier pregunta acerca de los derechos de privacidad del paciente o de este aviso, quejas sobre como hemos protegido la privacidad de informacion de salud protegida que es obtenida por los estudiantes, o ideas de como podemos mejorar nuestra poliza de privacidad por favor de contactar la persona listada. Si usted cree que hemos violado derechos de privacidad usted puede contactar la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Persona de Contacto: Lucinda Fleckner

Directora: Programa Educativo Dental Hygiene Santa Rosa Junior College  
1501 Mendocino Ave.  
Santa Rosa, CA 95401  
(707) 527-4583

Declaracion De Derechos Para Pacientes

Como paciente de las Clinicas Dentales de Santa Rosa Junior College, puede contar con:

Atencion Profesional	Tratamiento sin Discriminacion	
Confidencialidad en Toda Comunicacion	Entender las Necesidades	
Sus Preocupaciones Sean Escuchadas	de Su Tratamiento	Atencion Respetuosa
Tratamiento en un Medio Ambiente Fuera de Peligro	Tratamiento de Calidad	
Participar en Todas las Decisiones de su Tratamiento		
Tener Acceso a Sus Registros Dentales		

COMO PRESENTAR UNA DEMANDA CON LA OFICINA PARA DERECHOS HUMANOS SOBRE VIOLACION DE PRIVACIDAD.

<http://www.hhs.gov/ocr/howtofileprivacy.htm>

Region IX-AZ, CA, HI, NV, AS, GU, The U.S. Affiliated Pacific Island Jurisdictions  
Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
50 United Nations Plaza-Room 322  
San Francisco, CA 94102  
(415) 437-8310; (415) 437-8311 (TDD)  
(415) 437-8329 FAX

oportunidad de leer esta descripción de sus prácticas de privacidad y hacer preguntas sobre su práctica de privacidad.

Con fecha de: \_\_\_\_\_

Escriba el nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO PARA USO, DIVULGACIÓN Y LIBERACIÓN SOLICITADA DE INFORMACIÓN DE SALUD

Habiendo leído y entendido las Prácticas de Privacidad de Santa Rosa Junior College, doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información médica protegida para llevar a cabo operaciones de tratamiento y atención médica. También doy mi consentimiento para la divulgación de mi información cuando lo solicite, en el lugar que yo elija. Entiendo que mis registros estarán accesibles durante 7 años.

Entiendo que no estoy obligado a dar este consentimiento para que el programa use mi información médica protegida para operaciones de tratamiento y atención médica. También entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito enviando la revocación al Director del programa que figura en el aviso de Prácticas de privacidad. Además entiendo que si me niego a dar mi consentimiento, o si lo revoco, el programa se negará a realizar procedimientos en mí.

Con fecha de: \_\_\_\_\_

Escriba el nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

### REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

**No firme a continuación a menos que opte por revocar el consentimiento para el tratamiento**

El paciente, (nombre) \_\_\_\_\_ recibió una copia de este Acuse de recibo de las prácticas de privacidad y no pudo firmarlo o se negó a firmarlo.

o:

Con fecha de: \_\_\_\_\_

Firma del docente principal : \_\_\_\_\_

Por la presente revoco el consentimiento para que Santa Rosa Junior College use mi información de salud protegida, que di el (fecha) \_\_\_\_\_ · Entiendo que el programa se negará a tratarme.

Con fecha de: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_