

AUTORIZAÇÃO E RECIBO DO PACIENTE DECLARAÇÃO DE PRIVACIDADE DOS PROCEDIMENTOS

NOME DO PACIENTE:	DATA DE NASCIMENTO:
ENDEREÇO:	
CIDADE, ESTADO, CEP:	DATA DE HOJE:

Eu certifico que recebi uma cópia desta declaração (Privacidade dos Procedimentos) do Community Health Connections.

Entendo que esta declaração (Privacidade dos procedimentos), autoriza ao CHC acessar e compartilhar as minhas informações clínicas e de faturamento de contas médicas. Esta declaração (privacidade dos procedimentos) autoriza ainda o CHC informar os meus direitos, assim como posso obter informações adicionais

ASSINATURA DO PACIENTE/PAIS/RESPONSÁVEL	DATA	GRAU DE RELAÇÃO COM O PACIENTE:
---	------	---------------------------------

Reconhecimento obtido por: (Somente para uso interno)

Por favor, assine e coloque as suas iniciais

Este documento deve ser arquivado no prontuário Dentário do paciente.

Especifique abaixo o motivo do recibo não ser sido obtido
