

Formulario de transferencia de pacientes de Invisalign

Este formulario de transferencia de pacientes notifica y autoriza a Align Technology Inc., sus representantes, sucesores, cesionarios y agentes (colectivamente, "Align") a transferir todos los registros médicos electrónicos del paciente abajo señalado que se encuentren en su posesión al Invisalign Provider Nuevo indicado más abajo

Datos del paciente:

BEAIS VILA ALONSO 9 - 8 - 2000 20073350
Nombre del paciente (apellidos, nombre) Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) Número de paciente

Registros médicos del paciente.

Registros médicos del paciente Por "registros médicos" se entienden, aunque no exclusivamente, las radiografías, los escaneos, los informes, los gráficos, las prescripciones, el historial clínico, las fotografías, las conclusiones, los moldes de yeso o las impresiones de los dientes, el diagnóstico, las pruebas médicas, los resultados de las pruebas, la facturación y los demás registros del tratamiento en posesión de Align con fines ligados al tratamiento.

Aceptación del paciente por el Invisalign Provider Nuevo

Acepto la transferencia del paciente indicado anteriormente a mi Invisalign Doctor Site, incluidos sus archivos ClinCheck. Entiendo que al hacerlo acepto y asumo toda la responsabilidad sobre cualquier coste futuro generado por el tratamiento Invisalign. Align no será responsable de ningún coste, responsabilidad ni obligación que resulten de la transferencia del paciente ni de mi decisión de aceptar al paciente para el tratamiento.

MARTA BENÉDICTE BERMÉJUE # DID # 906776
Nombre del Provider (en letra de imprenta) ClinID de Invisalign del Provider

 24/7/24
Firma del Provider Fecha firmada

AVDA. FLORIDA 32, 36210 VIGO (PONTEVEDRA)
Dirección de la consulta (incluir calle, ciudad y código postal)

Para el paciente: solicitud y autorización de la transferencia por el paciente

Este formulario de transferencia de pacientes autoriza el intercambio de información, tanto con Align como con el Provider mencionado anteriormente, y tanto oralmente como por escrito, en relación con los registros médicos y su transferencia, así como en relación con cualquier otro tipo de información que las normas sobre privacidad, salud y seguridad nacionales o regionales pudieran considerar confidenciales; o que pudiera considerarse información médica que permitiera identificar a la persona. No buscaré (ni nadie lo hará en mi beneficio) derecho alguno de aprobación, reclamación de compensación, indemnizaciones legales, equitativas o monetarias ni interpondré recursos judiciales que provengan de cualquier uso de mis registros médicos que cumpla con los términos de este formulario de transferencia de pacientes. Las copias de este formulario de transferencia de pacientes se considerarán tan eficaces y válidas como el original. Esta autorización tendrá una validez de tres años desde la fecha en que la firmo.

He leído y entendido el contenido de este formulario de transferencia de pacientes

BEAIS VILA ALONSO  
Nombre del paciente (en letra de imprenta) Firma del paciente Fecha firmada

Si el paciente no tiene capacidad de obrar suficiente para firmar este formulario, alguno de sus progenitores o su tutor legal también deberán firmarlo.

Tutor legal, padre o madre, y tipo de relación Firma del paciente Fecha firmada

Envíe los Formularios de transferencia de pacientes rellenos a Atención al Cliente

email: cs-spanish@aligntech.com Fax : +34 912 919 685

Align Technology Switzerland GmbH, Suurstoffi 22, 6343 Rotkreuz, Switzerland

© 2021 Align Technology Switzerland GmbH All Rights Reserved.

Invisalign®, ClinCheck® y SmartTrack® son, entre otras, marcas comerciales y/o marcas de servicio de Align Technology, Inc. o de una de sus filiales o empresas asociadas, y pueden estar registradas en los Estados Unidos y/o en otros países. MKT-C 007011 Rev A

align