

<b>Nombre del Paciente:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>
-----------------------------	-----------------------------

Este formulario de consentimiento permite a La Organización usar y divulgar información sobre mi persona que se encuentra protegida bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud con fecha de 1996. Esta información puede ser usada o divulgada para llevar a cabo pago de tratamientos o medidas de cuidado de la salud.

La Organización me ha proporcionado un Aviso de Prácticas de Privacidad, las cuáles describen de manera más completa dichos usos y divulgaciones. Me proporcionó este aviso antes de que yo haya firmado este formulario, de acuerdo con mi derecho a revisar sus prácticas antes de firmar mi consentimiento.

Entiendo que los términos del Aviso de Prácticas de Privacidad pueden cambiar y que puedo obtener avisos revisados al contactar al Jefe de Privacidad en la Organización.

\_\_\_\_  
Inicial Por este medio autorizo a que la Organización pueda dejar mensajes en mi correo de voz para confirmar citas, y/o pueda hablar con otros miembros de mi hogar y dejar mensajes con ellos en relación a mis citas.

\_\_\_\_ Email      \_\_\_\_ Teléfono de Casa      \_\_\_\_ Teléfono de Oficina      \_\_\_\_ Teléfono celular

\_\_\_\_  
Inicial Por este medio autorizo a la Organización para divulgar mi información de salud a cualquier persona(s) que me acompañen a mi cita y que estén presentes conmigo en la oficina mientras interactúo con el dentista y staff.

\_\_\_\_  
Inicial Por este medio autorizo a la Organización para divulgar mi información personal de salud a las personas que he listado como contactos de emergencia.

\_\_\_\_  
Inicial Por este medio autorizo a la Organización para divulgar mi información personal de salud a la(s) siguiente(s) persona(s):

	Nombre	Número de teléfono	Relación con el paciente

Entiendo que en cualquier momento tengo el derecho de revocar este consentimiento, con la condición de que lo haga por escrito, pero que los servicios de La Organización podrán todavía usar la información para completar cualquier acción que haya sido empezada previamente a mi revocación de consentimiento, y que dependan de mi información de salud. Entiendo que La Organización puede negarse a proveer sus servicios si revoco este consentimiento.

Entiendo que tengo el derecho a solicitar – ahora y en el futuro – información sobre cómo la información de salud es usada o divulgada para llevar a cabo el tratamiento, pago y acciones de cuidado de la salud, y me debe ser proporcionada por escrito. Entiendo que si bien La Organización no está obligada a estar de acuerdo con mis restricciones solicitadas, en el caso de que sí esté de acuerdo, está obligada por dicho acuerdo.

**Con mi firma, afirmo la información anterior.**

**Firma del Paciente** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
**Firma del Padre (si es menor) / Representante Autorizado** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_