

**Dental Land
3514 Burke Rd Suite 100
Pasadena, TX 77504**

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y REVELACION DE SU INFORMACION DE SALUD

PARA EL PACIENTE — POR FAVOR LEA DETENIDAMENTE LA SIGUIENTE INFORMACION

Propósito del consentimiento: Al firmar este formulario, usted consiente a nuestro uso y revelación de su información de salud protegida para llevar acabo tratamiento, actividades financieras y operaciones de salud.

Aviso de prácticas de privacidad: Usted tiene el derecho de leer nuestro Aviso de Practicas de Privacidad antes que decida firmar este consentimiento. Nuestro aviso provee una descripción de nuestro tratamiento, actividades financieras y operaciones de salud, de los usos y revelaciones que podríamos hacer con su información de salud protegida, y de otros asuntos importantes sobre su información de salud protegida. Por ejemplo: podemos utilizar o divulgar su información médica a un médico o otro proveedor de atención médica el tratamiento de usted, por lo que se puede utilizar y divulgar su información médica para obtener pagos para servicios que ofrecemos a usted. Una copia de nuestro Aviso acompaña este consentimiento. Le recomendamos que lea el Aviso completo y detenidamente antes de firmar este consentimiento. Nosotros tenemos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad como está escrito en nuestro Aviso de Practicas de Privacidad. Si llegamos a cambiar nuestras prácticas de privacidad, daremos una copia corregida del Aviso de Practicas de Privacidad, que traerá los cambios. Estos cambios pueden pertenecer a cualquier Información de salud protegida que nosotros tengamos.

Persona de Contacto: Office Manager
Email: dentalland13@yahoo.com
Dirección: 3514 Burke Rd, Ste 100
Pasadena, TX 77504
Teléfono: (832) 831-2301
Fax: (832) 831-2309

Derecho a revocar: Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento a cualquier hora mandando su notificación por escrito a la persona indicada como contacto de la oficina. Debe entender que al revocar este consentimiento no habrá ningún cambio en cuestión a nuestras pólizas pero tendremos el derecho de declinar que se le trate o que se le siga tratando si usted revoca este consentimiento.

_____ Si doy mi consentimiento para que mi información sea dada a conocer como se ha indicado anteriormente.

_____ No doy mi consentimiento para que mi información sea dada a conocer como se ha indicado anteriormente.

Nombre: _____ Date: _____

Paciente

Firma: _____ Date: _____

Firma de Paciente o Padre/Madre de menor

Dental Land

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Yo, _____, he recibido una copia de las prácticas de Privacidad

Firma _____

Fecha _____

Para uso de la oficina solamente

Se ha hecho el esfuerzo de buena fe para obtener el acuse del Aviso de Prácticas de

Privacidad, pero el acuse no se consiguió por:

- El individuo se negó a firmar
- Barreras de comunicación prohibieron Poder obtener el acuse.
- Una situación de emergencia Prohibió que se consiguiera el acuse.
- Otra Razón (Por favor Especificar)
