



**HOPE FAMILY
DENTISTRY**

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACION DE INFORMACION DE SALUD

SECCIÓN A: PACIENTE DANDO SU CONSENTIMIENTO

Nombre: _____ Numero de Seguro Social: _____

Dirección: _____

Telefono: _____ Correo Electronico: _____

SECCIÓN B: AL PACIENTE --- LEA DETENIDAMENTE LA SIGUIENTE DECLARACIÓN.

PROPÓSITO DEL CONSENTIMIENTO: Al firmar este formulario, aceptará el uso y divulgación de su información médica protegida para llevar a cabo el tratamiento, las actividades de pago y las operaciones de atención médica.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: Tiene derecho a leer nuestro Aviso de prácticas de privacidad antes de decidir si firma este Consentimiento. Nuestro Aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica, de los usos y divulgaciones que podemos hacer de su información médica protegida, y de los asuntos importantes sobre su información médica protegida. Una copia de nuestro Aviso acompaña este consentimiento. Le recomendamos que lo lea atentamente y lo complete antes de firmar este Consentimiento.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad como se describe en nuestro Aviso de prácticas de privacidad. Si cambiamos nuestra práctica de privacidad, emitiremos un Aviso de Prácticas de Privacidad revisado, que contendrá los cambios. Esos cambios pueden aplicarse a cualquiera de sus datos de salud protegidos que mantenemos.

Puede obtener una copia de nuestra práctica de Aviso de Privacidad, incluida cualquier revisión de nuestro Aviso, en cualquier momento, contactándonos a:

Hope Family Dentistry
17185 Arrow Blvd
Fontana, CA 92335
Telefono (909)587-2474 Fax (909)356-4358

DERECHO A REVOCAR: tendrá derecho a revocar este Consentimiento en cualquier momento mediante la notificación por escrito de su revocación presentada a la lista de la oficina de contacto que se encuentra arriba. Comprenda que la revocación de este consentimiento no afectará ninguna medida que tomemos en dependencia de este consentimiento antes de que recibamos su revocación, y que podemos negarnos a tratarlo o a continuar tratándolo si revoca este consentimiento.

Yo, _____, He tenido la oportunidad de leer y considerar el formulario de consentimiento y su Aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que al firmar este formulario de consentimiento, doy mi consentimiento para que use y divulgue mi información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento y las actividades de pago y operaciones sanitarias.

Firma: _____ Fecha: _____

Si este consentimiento está firmado por un representante personal en nombre del paciente, complete lo siguiente:

Nombre del representante personal: _____

Relacion al Paciente: _____