



**APROBACION PARA EL USO DE INFORMACION MEDICA
Y RECONOCIMIENTO DE HABER RECIBIDO LA NOTA DE PRÁCTICAS DE
PRIVACIDAD**

Sección A: Consentimiento Del Paciente

Nombre: _____

Dirección: _____

Numero Telefónico: _____

Sección B: Al Paciente- Por Favor Lea Cuidadosamente

Propósito del Consentimiento: Al firmar este formulario, usted aprueba el uso de su información protegida para tratamiento, pagos, y otros procedimientos.

Nota de Practicas de Privacidad: Usted tiene el derecho a leer nuestra Nota de Practicas de Privacidad antes de firmar. Nuestra Nota suministra una descripción de nuestros tratamientos, actividades de pagos, y operaciones de salud; de los usos que le podemos dar a su información médica, y otros asuntos de su información medica protegida. Una copia de nuestra Nota acompaña este papel de Consentimiento. Los encomiamos a leerlo cuidadosa y completamente antes de firmar este Consentimiento. Reservamos el derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad como ha sido señalado en nuestra Nota de Practicas de Privacidad. Si hay cambios en nuestras practicas de privacidad, habrá un nuevo y revisado formulario de Nota de Practicas de Privacidad. Esos cambios pueden aplicar a su información médica. Usted puede obtener una copia de nuestra Nota de Practicas de Privacidad incluyendo nuestras revisiones en cualquier momento al contactar:

Business Manager (director comercial), 407-423-7667

Direccion: 610 N. Mills Ave #210, Orlando, FL 32803

Derecho a Revocar: Usted tendrá el derecho a revocar este Consentimiento en cualquier momento al darnos un aviso escrito de su revocación y someterlo al director comercial. Por favor entienda que revocar este Consentimiento *no* afectará ninguna acción hecha en concordancia con este Consentimiento antes de recibir su revocación, y que nosotros podemos negar a continuar el tratamiento si usted revoca este Consentimiento.



Autorización Para Consentimiento

Yo, _____, he tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de este Consentimiento y la Nota de Practicas de Privacidad. Yo entiendo que al firmar este formulario de Consentimiento, estoy dando consentimiento para usar mi información médica para seguir tratamiento, pagos, y otras operaciones médicas. Información de tratamiento dental puede ser dispersada a todos los proveedores envueltos en mi cuidado incluyendo documentación adicional como radiografías u otra información.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Si este Consentimiento es firmado por un **representante personal** por el paciente, complete lo siguiente:

Nombre del Representante Personal: _____

Relación al Paciente: _____

REVOCACION DE CONSENTIMIENTO

Yo revoco mi Consentimiento para el uso de mi información médica para tratamiento, pagos, y otros procedimientos médicos.

Entiendo que revocar mi consentimiento *no* afectara ninguna acción tomada en concordancia con mi consentimiento antes de que recibieran este Aviso Escrito de Revocación. También entiendo que mi tratamiento puede ser definitivamente detenido después de mi revocación.

Firma: _____ **Fecha:** _____