



**RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y
CONSENTIMIENTO/ AUTORIZACIÓN LIMITADA Y FORMULARIO DE
AUTORIZACIÓN**

Fecha: _____

Nombre del Paciente

Firma del Paciente o Representante

Nombre del Representante

Relación con el Paciente

Ud. puede rehusar firmar este reconocimiento y autorización. Sin embargo, ello podría impedir que esta oficina procese sus reclamos del seguro.

Con su firma, Ud. reconoce que se le ha proporcionado una copia actual del Aviso sobre las Prácticas de Privacidad de Charlotte DentalPro. Una copia de este documento, debidamente firmada y fechada se considera tan válida como la original. **SU FIRMA TAMBIEN CONSTITUYE AUTORIZACION PARA LA ENTREGA DE SU INFORMACION PRIVADA DE SALUD EN CASO QUE UD. SOLICITE EL ENVIO DE SU PLAN DE TRATAMIENTO O RADIOGRAFIAS A OTRA OFICINA DENTAL EN EL FUTURO.**

POR FAVOR INDIQUE OTRAS PERSONAS QUE ESTAN AUTORIZADAS PARA ACCEDER A SU INFORMACION DE SALUD: (Incluye padres adoptivos, abuelos y cualquier otra persona responsable que requiera acceso a su expediente):

Nombre: _____ Relación: _____
Nombre: _____ Relación: _____
Nombre: _____ Relación: _____

AUTORIZO QUE ESTA OFICINA ME CONTACTE ACERCA DE **MIS CITAS, TRATAMIENTO DENTAL O ESTADO DE CUENTA** VIA:

- Tf. Celular Mensaje de texto Email
- Tf. Casa Tf. Trabajo **Todas las anteriores**

AUTORIZO QUE **INFORMACION SOBRE MI SALUD** SEA ENTREGADA VIA:

- Tf. Celular Mensaje de texto Email
- Tf. Casa Tf. Trabajo **Todas las anteriores**

ACEPTO SER CONTACTADO ACERCA DE NUEVOS SERVICIOS DE SALUD, EVENTOS O INFORMACION RELEVANTE:

- Teléfono Mensaje de texto Email
- Todas las anteriores** **Ninguna** (opt out)

Al firmar este Reconocimiento de Recibo HIPAA, Ud. reconoce y autoriza que esta oficina puede recomendarle productos o servicios para promover la mejora de su salud. Esta oficina puede o no recibir una compensación a cambio, por parte de las compañías afiliadas. Charlotte DentalPro provee esta información para su conocimiento y autorización de acuerdo a la Regla General HIPAA.

Uso Oficina solamente

As Privacy Officer, I attempted to obtain the patient's (or representatives) signature on this Acknowledgement but did not because:

- It was emergency treatment _____
- I could not communicate with the patient _____
- The patient refused to sign _____
- The patient was unable to sign because _____
- Other (please describe) _____

Signature of Privacy Officer