

## **CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD**

### **Seccion A: Paciente que dara su consentimiento**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_  
Dirreccion: \_\_\_\_\_

### **SECCIÓN B: Para el paciente**

Propósito del consentimiento: Al firmar este formulario, usted da su consentimiento a nuestro uso y divulgación de que la información protegida de salud para llevar a cabo el tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica.

Aviso de Prácticas de Privacidad: Usted tiene el derecho de leer nuestro aviso de prácticas de privacidad antes de decidir si se debe firmar este consentimiento. Nuestro aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago, y operaciones de atención médica, de los usos y revelaciones que hacemos de la información de salud protegida, y de otros asuntos importantes acerca de su información protegida de salud. Una copia de nuestros avisos se publican en la pared en el área de recepción. Le animamos a que lea con cuidado y por completo antes de firmar el consentimiento.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad que se describen en nuestro aviso de prácticas de privacidad. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, se emitira un aviso revisado de prácticas de privacidad, el cual contendrá los cambios. Estos cambios se pueden aplicar a cualquiera de nuestra información de salud protegida que mantenemos.

Usted puede obtener una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad, incluyendo cualquier revisión de nuestro aviso, en cualquier momento poniéndose en contacto con:

**Persona de contacto: Mathew H. Quinlivan, D.D.S.**  
**Numero de teléfono (919) 467-8111**  
**Dirección: 149 W Calle de Chatham, Cary NC 27511**

Derecho a revocar: Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento, dándonos una notificación escrita de su revocación presentado a la persona de contacto mencionados arriba. Por favor, comprende la revocación de esta autorización no afectará ninguna acción que tomamos en la confianza en el procedimiento de consentimiento antes de recibir su revocación, y que puede negarse a tratamiento o para continuar el tratamiento si usted revoca este consentimiento.

### **FIRMA: (paciente, padre o tutor)**

Yo, \_\_\_\_\_, he tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de este formulario de consentimiento y nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo que al firmar este formulario de consentimiento, estoy dando mi consentimiento para su uso y divulgación de información de salud no protegida para llevar a cabo el tratamiento, actividades de pago, entrar en contacto con el Comisionado de Seguros en el mío, y operaciones de atención médica.

**Firma del Representante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Este consentimiento es firmado por un representante personal en nombre del paciente, complete lo siguiente:

Nombre del Representante Personal: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_