



**Consentimiento para Usar y/o Divulgar Informacion de Salud para Propósitos de Tratamiento,
Pago u Operaciones de la Oficina**

La ley federal Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) de 1996 requiere que se le notifique al paciente la **Política de Privacidad y Confidencialidad** de la entidad y que se evidencie dicha notificación, La Carta de Derechos y Obligaciones del Paciente requiere que para poder proveerle nuestros servicios debemos obtener el consentimiento para utilizar y divulgar su información de salud protegida para propósitos de tratamiento, pago y otras transacciones u operaciones para el cuidado de la salud que se lleve a cabo en nuestra oficina dental.

Para cumplir con estas disposiciones de ley, le hemos entregado la notificación de la Política de Privacidad y Confidencialidad y este consentimiento para usar y divulgar su Información de salud. Al firmarlo, usted reconoce haberse enterado de nuestra **Política de Privacidad Y Confidencialidad** y consistente al uso y divulgación de su información de salud según se describe en dicho documento.

Por favor, revise este consentimiento con mucho cuidado. Luego de revisar usted este documento y estar de acuerdo con sus términos y condiciones, firmelo y anote la fecha donde se indica. Al firmar este consentimiento usted autoriza a que nuestra oficina dental, conforme a la ley, use y divulgue su información de salud protegida para llevar a cabo tratamientos, pagos o transacciones y para aspectos operacionales de la oficina.

Usted tiene el derecho a solicitar restricciones en cuanto al uso y divulgación que hagamos de su información de salud para efectos de tratamiento, pagos o cualquier otra transacción u operación relacionada al cuidado de su salud en conformidad con las disposiciones de ley al efecto. No obstante, no estamos obligados a aceptar su solicitud de restricciones. Sin embargo, si se aceptan las restricciones de uso o divulgación solicitadas por usted, dichas restricciones se convierten en obligatorias y debemos cumplirlas.

Con la firmeza de este consentimiento usted autoriza al **Dr. Luis C. Gaud, Dr. Elemer Mendoza**, las asistentes dentales, higienistas y personal administrativo a que utilicen y divulgen su información de salud protegida para efectos de tratamiento pago, transacciones y operaciones relacionadas al cuidado de la salud.

Usted tiene derecho a revocar este conocimiento por escrito, excepto en tanto y en cuanto nuestra oficina dental (dentistas y empleados/as) hayan tomado alguna acción de uso y/o divulgación basado en el mismo.

De usted necesitar o interesar examinar más detalladamente nuestra **Política de Privacidad y Confidencialidad** antes de firmar este documento, puede solicitarlo. Por favor, observe que conforme a la legislación aplicable, nos reservamos el derecho de revisar, modificar o enmendar la política y práctica sobre uso y divulgación descrita en la notificación en cualquier momento. De usted interesar la notificación revisada y enmendada, favor de así solicitarla.

Yo, _____, certifico que he leído las disposiciones de este consentimiento, que entiendo y estoy de acuerdo con los términos y condiciones expresados en el mismo.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Nombre del Padre o Representante legal: _____

Firma del Padre o Representante legal: _____