



SWEET SMILES ODONTOLOGIA GENERAL CONSENTIMIENTO PARA USAR Y REVELAR INFORMACION MÉDICA

Nombre: _____

Nombre del Niño(s): _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Número de Seguro Social: _____

PARA LOS PADRES O TUTORES – FAVOR LEER CUIDADOSAMENTE LA SIGUIENTE DECLARACION.

Propósito del Consentimiento: Al firmar este documento, está dando consentimiento para nuestro uso y revelar información protegida de su salud en el suministro de tratamiento, actividades de pago y operaciones del cuidado médico.

Aviso de Prácticas de Privacidad: Usted tiene el derecho de leer nuestro **Aviso Colectivo de las Prácticas de Privacidad** antes de decidir si firma este Consentimiento. Nuestro Aviso provee una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones del cuidado médico, del uso y revelaciones que podríamos hacer de la información protegida de su salud, y de otros asuntos importantes sobre la información protegida de su salud. Una copia de nuestro Aviso acompaña a este Consentimiento. Le invitamos a que lea cuidadosa y completamente este Consentimiento antes de firmarlo. Usted tiene el derecho a tener una copia de esta forma, si lo desea solamente pregunte.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestra práctica de privacidad como está descrita en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. Si cambiamos nuestra práctica de privacidad, nosotros emitiremos una revisión del **Aviso Colectivo de las Prácticas de Privacidad**, el cual contendrá los cambios. Estos cambios pueden aplicar a cualquier información protegida de su salud que nosotros tengamos.

Usted puede obtener en cualquier momento, una copia de nuestro **Aviso Colectivo de las Prácticas de Privacidad**, incluyendo cualquier revisión de nuestro Aviso, comunicándose con:

**Sweet Smiles
HIPAA Compliance Office
365 Pearson Drive
Suite 2
Porterville, CA 93257
Oficina (559) 788-2532**

Derecho a Revocación: Usted tendrá el derecho de revocar este Consentimiento en cualquier momento dándonos una notificación por escrito de su revocación enviada a la Persona Contacto mencionada anteriormente. Por favor entienda que esta revocación de su Consentimiento no afectará ninguna acción que nosotros hayamos tomado en dependencia a su Consentimiento antes de haber recibido su revocación, y que nosotros pudiéramos rehusar hacerle el tratamiento o continuar su tratamiento si usted revoca este Consentimiento.

FIRMA

Yo, _____, he tenido la plena oportunidad de leer y considerar el contenido de este Consentimiento y del **Aviso Colectivo de las Prácticas de Privacidad** de Sweet Smiles. Entiendo que al firmar esta forma de Consentimiento, estoy dando mi consentimiento a Sweet Smiles para usar y revelar información protegida de mis hijos sobre su salud en el suministro de tratamiento, actividades de pago, operaciones del cuidado médico y otros usos descritos en el **Aviso Colectivo de las Prácticas de Privacidad** de Sweet Smiles que me proporcionaron.

Firma: _____ Fecha: _____

Relación/Parentesco: _____