



## CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y REVELACION DE SU INFORMACION DE SALUD

### SECCION A: PACIENTE/(PADRE/GUARDIAN SI ES MINOR) DANDO CONSENTIMIENTO

Nombre: \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Sexo: Hombre Mujer

### SECCION B: PARA EL PACIENTE — POR FAVOR LEA DETENIDAMENTE LA SIGUIENTE INFORMACION

**Propósito del consentimiento:** Al firmar este formulario, usted consiente a nuestro uso y revelación de su información de salud protegida para llevar a cabo tratamiento, actividades financieras y operaciones de salud.

**Aviso de prácticas de privacidad:** Usted tiene el derecho de leer nuestro Aviso de Practicas de Privacidad antes que decida firmar este consentimiento. Nuestro aviso provee una descripción de nuestro tratamiento, actividades financieras y operaciones de salud, de los usos y revelaciones que podríamos hacer con su información de salud protegida, y de otros asuntos importantes sobre su información de salud protegida. Una copia de nuestro Aviso acompaña este consentimiento. Le recomendamos que lea el Aviso completo y detenidamente antes de firmar este consentimiento.

Nosotros tenemos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad como está escrito en nuestro Aviso de Practicas de Privacidad. Si llegamos a cambiar nuestras prácticas de privacidad, daremos una copia corregida del Aviso de Practicas de Privacidad, que traerá los cambios. Estos cambios pueden pertenecer a cualquier información de salud protegida que nosotros tengamos.

Contacto de la Oficina:	Erika Cruz, Office Manager
Email:	erikac@abcdentaltexas.com
Dirección:	1500 Southmore Ave., Pasadena, TX 77502
Teléfono:	(713) 472-6100
Fax:	(713) 472-6101

**Derecho a revocar:** Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento a cualquier hora mandando su notificación por escrito a la persona indicada como contacto de la oficina. Debe entender que al revocar este consentimiento no habrá ningún cambio en cuestión a nuestras pólizas pero tendremos el derecho de declinar que se le trate o que se le siga tratando si usted revoca este consentimiento.

### **FIRMA**

Yo, \_\_\_\_\_, he tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de este formulario de Consentimiento y el Aviso de Practicas de Privacidad. Yo entiendo que al firmar este Consentimiento, yo consiento al uso y revelación de mi información de salud protegida, para llevar a cabo tratamiento, actividades financieras y operaciones de salud.

Firma de la persona dando Consentimiento: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Si este consentimiento es firmado por un representante personal del paciente, termine lo siguiente:

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

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

USTED TIENE DERECHO A UNA COPIA DE ESTE CONSENTIMIENTO DESPUES DE FIRMAR