

**PEMBROKE PINES DENTAL HEALTH CENTER**

1806 N Flamingo Rd., Suite 170, Pembroke Pines, FL 33028

**ACUSO DE RECIBO DEL AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y  
CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO Y DIVULGACION DE LA SALUD  
PROTEGIDA.**

**TENGO EL DERECHO DE REVISAR LA NOTIFICACION SOBRE LA PRÁCTICA DE PRIVACIDAD ANTES DE FIRMAR ESTE  
CONSENTIMIENTO. SE ME HA DADO EL DERECHO DE LEER Y RECIBIR UNA COPIA DE LA LEY DE PRIVACIDAD DE LA  
PRACTICA DE PEMBROKE PINES DENTAL HEALTH CENTER.**

Con mi consentimiento, la práctica de PEMBROKE PINES DENTAL HEALTH CENTER puede utilizar y divulgar mi información de la salud protegida (PHI por sus siglas en inglés) para efectuar tratamiento, pago, y operaciones del cuidado de la salud (TPO por sus siglas en inglés). Favor de referirse al Aviso acerca de las Prácticas de Privacidad de para una descripción más completa sobre dichos usos y divulgaciones.

Tengo el derecho de revisar el Aviso acerca de las Prácticas de Privacidad de la práctica de PEMBROKE PINES DENTAL HEALTH CENTER antes de firmar este Consentimiento. La práctica de PEMBROKE PINES DENTAL HEALTH CENTER, se reserva el derecho de modificar, en cualquier momento, su Aviso sobre las Prácticas de Privacidad. Un Aviso acerca de las Prácticas de Privacidad enmendado puede obtenerse al dirigirse por escrito a la Oficial de la Privacidad del la Practica de PEMBROKE PINES DENTAL HEALTH CENTER.

Con mi consentimiento, él/ella puede llamar a mi casa o a otra ubicación designada y dejar un mensaje en el buzón de voz o con una persona respecto a cualquier asunto que les ayude en desempeñar sus TPO, tales como recordarme la citas, asuntos de seguro, y cualquier llamada relacionada con mi atención clínica, incluyendo resultados de laboratorio, entre otros. También entiendo que tengo derecho de restringir con quien y donde dejar estos mensajes, si así lo deseara. **Si deseara ejercer este derecho tengo que pedirlo por escrito y designar o restringir la persona a la que deseo se dejen los mensajes.**

Tengo el derecho a pedir a la práctica de PEMBROKE PINES DENTAL HEALTH CENTER que limiten cómo utilizan o divulgan mis PHI para desempeñar sus TPO. Sin embargo, la consulta no está obligada a CONSENTIR a mi solicitud para limitar la divulgación, pero si lo hace, está sujeta a este convenio. Al firmar este contrato, estoy consintiendo que utilice y divulgue mi PHI para desempeñar su TPO. Con mi consentimiento, puede mandarme cartas que les ayuden a desempeñar sus TPO a mi casa o a otra ubicación designada, recordarme citas, y estados de cuenta, siempre y cuando estén marcadas Personal y Confidencial. **Entiendo que tengo derecho a elegir donde enviar las comunicaciones si fuesen contraria a mi hogar, si deseara ejercer este derecho entiendo que tengo que pedirlo por escrito.**

**Entiendo que, la práctica de PEMBROKE PINES DENTAL HEALTH CENTER, puede enviarme correos electrónicos y por texto a un correo electrónico o teléfono que yo designe en una orden por escrito, sobre cualquier asunto que le ayude a la consulta a desempeñar sus TPO, tales como recordarme de citas y estados de cuenta; y entiendo que esta comunicación no es segura en el transcurso de transmisión, y corre el riesgo de que sea violada por malintencionados, también entiendo que corre el riesgo, dicha transmisión, de ser enviada equivocadamente a una persona no intencionada, aun así estoy de acuerdo a que me envíen textos telefónicos y correos electrónicos por estas vías; también entiendo que tengo el derecho de revocar en cualquier momento dicha autorización.**

Puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en el caso que la consulta ya haya hecho divulgaciones por atenerse a mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, puede que PEMBROKE PINES DENTAL HEALTH CENTER, se niegue a darme tratamiento.

\_\_\_\_\_

Firma del Paciente o Guardián Legal

\_\_\_\_\_

Nombre del Paciente o Guardián Legal en letras de imprenta

\_\_\_\_\_

Nombre del Paciente, en letras de imprenta

\_\_\_\_\_

Fecha