

PEMBROKE PINES DENTAL HEALTH CENTER

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

HIPAA

AGREEMENT TO RECEIVE ELECTRONIC COMMUNICATION

This form documents how the practice of PEMBROKE PINES DENTAL HEALTH CENTER obtains patient agreement to receive communications via email.

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

I agree that the practice of PEMBROKE PINES DENTAL HEALTH CENTER may communicate with me electronically through the following electronic means:

- Email address : _____, and/or _____
- the cellular and : _____
- The fax number/s: _____, _____.

I am aware that there is some level of risk that third parties might be able to read unencrypted faxes, emails and texts and I am responsible for providing the practice of PEMBROKE PINES DENTAL HEALTH CENTER any updates to my email address, cellular and fax number, and/or to indicate any restrictions.

I understand that I can withdraw or limit my consent, to any of the above means of electronic communication by calling: PEMBROKE PINES DENTAL HEALTH CENTER at **(954) 437-2040**. The office will notify the Privacy Officer of any changes to this agreement.

Patient Signature: _____ Date: _____

ACUERDO PARA RECIBIR COMUNICACIÓN ELECTRONICA

Esta forma documenta como la práctica de PEMBROKE PINES DENTAL HEALTH CENTER obtiene permiso del paciente para recibir comunicaciones por correo electrónico.

Estoy de acuerdo en que la práctica de PEMBROKE PINES DENTAL HEALTH CENTER puede comunicarse conmigo por via electrónica a través de los siguientes medios electrónicos:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

- Correo electrónico: _____, y/o _____
- El celular y : _____
- Numero/s de fax : _____, _____

Soy consciente de que hay un cierto nivel de riesgo de que terceras personas pudieran ser capaces de leer faxes sin cifrar, correos electrónicos y textos y soy responsable de proporcionar la práctica de PEMBROKE PINES DENTAL HEALTH CENTER cualquier cambio de dirección de correo electrónico, número de celular y fax, y/o para indicar cualquier restricción.

Entiendo que puedo retirar o limitar mi consentimiento, cualquiera de estos medios de comunicación electrónica llamando a: PEMBROKE PINES DENTAL HEALTH CENTER al (954) 437-2040. La oficina notificara al Oficial de Privacidad de cualquier cambio a este acuerdo.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____