

## CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

---



6820 PARKDALE PLACE SUITE 117 INDIANAPOLIS IN 46254

[WWW.EAGLECREEKCHILDRENSDENTISTRY.COM](http://WWW.EAGLECREEKCHILDRENSDENTISTRY.COM)

### CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

#### PROPÓSITO DEL CONSENTIMIENTO

Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para que usemos y divulguemos su información médica protegida para llevar a cabo el tratamiento, actividades de pago y procedimientos de atención médica.

#### NOTIFICACIÓN SOBRE LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Usted tiene derecho a leer nuestra Notificación sobre la política de privacidad antes de decidirse a firmar este consentimiento. Nuestra Notificación provee una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago, procedimientos de atención médica, de los usos y divulgaciones de su información médica protegida y de otros asuntos importantes acerca de su información médica protegida. Copias en inglés y español están disponibles. Usted tiene el derecho a recibir esta notificación, bajo petición.

Yo, \_\_\_\_\_, he leído y considerado el contenido de este formulario de consentimiento y de su Notificación sobre la Política de Privacidad. Entiendo que al firmar este formulario, doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información médica protegida para llevar a cabo tratamiento, actividades de pago y procedimientos de atención médica.

Firma de persona que completa formulario: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Si este consentimiento es firmado por un representante del paciente, complete lo siguiente

Parentesco con el Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del niño (a): \_\_\_\_\_

#### REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Revoco mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información médica protegida para tratamiento, actividades de pago y procedimientos de atención médica. Entiendo que la revocación de mi consentimiento no afectará ninguna acción que ustedes hayan tomado durante mi consentimiento antes de recibir esta notificación escrita de revocación. También entiendo que usted puede negarse a tratar o continuar con el tratamiento después de la revocación de mi consentimiento.

Fecha: \_\_\_\_\_