

NICOLAS AVALOS, D.M.D., P.A.
34 S.W. 37TH AVENUE.
CORAL GABLES, FL. 33134

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

**TENGO EL DERECHO DE REVISAR LA NOTIFICACION SOBRE LA PRACTICA 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
NICOLAS AVALOS, D.M.D., P.A.**

Con mi consentimiento, el NICOLAS AVALOS, D.M.D., P.A. 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 NICOLAS AVALOS, D.M.D., P.A. para una descripción más completa sobre dichos usos y divulgaciones.

NICOLAS AVALOS, D.M.D., P.A. 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 Oficial de la Privacidad del NICOLAS AVALOS, D.M.D., P.A. a la 34 S.W. 37TH AVENUE. CORAL GABLES, FL. 33134

Con mi consentimiento, el NICOLAS AVALOS, D.M.D., P.A. 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 de citas, asuntos de seguro, y cualquier llamada relacionada con mi atención clínica, incluyendo resultados de laboratorio, entre otros.

Con mi consentimiento, NICOLAS AVALOS, D.M.D., P.A. puede mandarme cartas que les ayuden a desempeñar sus TPO a mi casa o a otra ubicación designada, recordarme citas, y estados de cuenta, del paciente siempre y cuando estén marcadas Personal y Confidencial.

Con mi consentimiento, el NICOLAS AVALOS, D.M.D., P.A. puede enviarme correos electrónicos a mi casa o a otra ubicación designada, sobre cualquier asunto que le ayude a la consulta a desempeñar sus TPO, tales como recordarme de citas y estados de cuenta. Tengo el derecho a pedirle al NICOLAS AVALOS, D.M.D., P.A. 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 NICOLAS AVALOS, D.M.D., P.A. utilice y divulgue mi PHI para desempeñar su TPO.

Puedo revocar mi consentimiento si lo hace 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 el NICOLAS AVALOS, D.M.D., P.A. se niegue a darme tratamiento.

Firma del Paciente o Guardián Legal

Nombre del Paciente

Nombre del Paciente o Guardián Legal
en letras de imprenta

**ESFUERZO DE BUENA FE POR OBTENER EL ACUSO DE RECIBO DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD.
DESCRIPCION POR LA CUAL EL PACIENTE NO FIRMO ESTA FORMA :**

FIRMA DEL EMPLEADO/O

FECHA :