

# **Reconocimiento de recibo de aviso para la notificación de prácticas de privacidad en CAROLINA FAMILY DENTISTRY**

---

Yo, \_\_\_\_\_, eh recibido una copia de esta oficina de la Notificación de privacidad de prácticas.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **Consentimiento para el uso y revelación de información Salud/Dental.**

---

Por favor haga una lista de las personas autorizadas que pueden tomar decisiones del cuidado dental por usted:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si le gustaría que otra persona tenga acceso a información de Salud/Dental de usted o su hijo/os, o alguien aparte de su persona que estará trayendo a su hijo/os a nuestra oficina para tratamiento, por favor liste los nombres en la parte de abajo y la relación que tienen con su hijo/os.

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

Autoriza a las personas en la parte de arriba que se le pidió llenar que traiga a su hijo/os a citas dentales y para hacer cualquier tratamiento necesario y cualquier otra emergencia necesaria.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o guardián legal

\_\_\_\_\_  
Fecha