

# Consentimiento para el uso y la divulgación de la información médica

## Paciente quien da consentimiento

---

Persona responsable

---

Nombre del paciente

## Al paciente—favor de leer detenidamente la información que aparece a continuación

Propósito del consentimiento: Al firmar este formulario, usted nos autoriza a utilizar y divulgar su información médica protegida para realizar tratamiento, actividades de pago y operaciones de cuidados médicos.

Aviso de las prácticas de privacidad: Usted tiene derecho a leer nuestro Aviso de las Prácticas de Privacidad antes de decidir si firmar este consentimiento. Nuestro aviso proporciona una descripción de los tratamientos, actividades de pago y operaciones de cuidados médicos, de los usos y divulgaciones que podemos hacer de su información médica protegida, y de otros asuntos importantes relacionados con su información médica protegida. Una copia de nuestro aviso está disponible si la solicita. Le recomendamos a leerlo detenidamente y en su totalidad antes de firmar este consentimiento.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad como se describe en nuestro Aviso de las Prácticas de Privacidad. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, publicaremos un Aviso de las Prácticas de Privacidad actualizado, que incluirá los cambios. Esos cambios podrían aplicarse a toda la información médica protegida que mantenemos de usted.

Puede obtener una copia de nuestro aviso en cualquier momento comunicándose con nuestra oficina.

Derecho a revocar: Usted tendrá derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento si nos avisa por escrito que desea revocar este consentimiento, y no afectará ninguna acción que hayamos tomado bajo el amparo de este consentimiento antes de haber recibido su revocación, y que podríamos negarnos a tratarle o seguirle tratando si usted revoca este consentimiento.

## Firma

Yo, \_\_\_\_\_, he tenido suficiente tiempo de leer y tomar en cuenta el contenido de este Formulario de Consentimiento y su Aviso de las Prácticas de Privacidad. Entiendo que, al firmar este formulario de consentimiento, doy mi consentimiento a que utilicen y divulguen mi información médica protegida para realizar tratamiento, actividades de pago y operaciones de cuidados médicos:

---

Firma

---

Fecha

Si este consentimiento está firmado por un representante personal en nombre del paciente, favor de llenar lo siguiente:

---

Nombre del representante personal

---

Relación al paciente



MilestoneDental.com

Usted tiene derecho a recibir una copia de este consentimiento después de firmarlo.