



6211 4th St. NW • Suite 13 • Albuquerque, NM 87107 • Bus: (505) 821-KIDS (5437) • Fax: (505) 821-8041  
120 98th St. NW • Suite C-3 • Albuquerque, NM 87121 • Bus: (505) 352- KIDZ (5439) • Fax: (505) 836-7533

---

## CONFIRMACIÓN DE RECIBO DEL AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

---

\*Usted Puede Rehusarse a Firmar Esta Confirmación\*

**X** Yo, \_\_\_\_\_, he recibido una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad de este consultorio.

**X** \_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

**X** \_\_\_\_\_  
Firma

**X** \_\_\_\_\_  
Fecha

---

### Para uso del consultorio solamente

---

Intentamos obtener confirmación por escrito del recibo de nuestro Aviso de las Prácticas de Privacidad, pero no se pudo obtener la confirmación porque:

- El individuo rehusó firmar
- Barreras en la comunicación prohibieron obtener la confirmación
- Una situación de emergencia nos impidió obtener la confirmación
- Otras (Especifique por favor) \_\_\_\_\_

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

© 2002 American Dental Association

Todos los Derechos Reservados

La reproducción y el uso de este formulario por los dentistas y su personal están permitidos. Cualquier otro uso, duplicación o distribución de este formulario por cualquier otra entidad o persona requiere la previa aprobación por escrito de la *American Dental Association*.

(Este Formulario es exclusivamente educativo, no constituye asesoramiento legal, y cubre solamente la ley federal, no la estatal, que esté en vigor o propuesta el 27 de marzo de 2002. Cambios subsiguientes a la ley pueden requerir la revisión del Formulario.)

---

# AUTORIZACIÓN PARA USAR Y REVELAR LA INFORMACIÓN DE SALUD

---

## PARTE A: AUTORIZACION DEL PACIENTE

**X** Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
Num del Paciente: \_\_\_\_\_ Num. Seguro Social: \_\_\_\_\_

---

## PARTE B: AL PACIENTE - POR FAVOR LEA LAS SIGUIENTES DECLARACIONES CUIDADOSAMENTE

**Propósito de la Autorización:** Al firmar este formulario, usted nos dará su autorización para nosotros usar y revelar su información protegida de salud para llevar a cabo su tratamiento, para procesar los pagos, y para las operaciones de cuidados de salud.

**Aviso de las Prácticas de Privacidad:** Ud. tiene derecho a leer nuestro Aviso de las Prácticas de Privacidad antes de decidir si firmará esta Autorización. Nuestro Aviso provee una descripción de su tratamiento, el procesamiento de los pagos, y las operaciones de cuidados de salud, de las maneras en que usaremos y revelaremos su información protegida de salud, y otros asuntos importantes acerca de su información protegida de salud. Una copia de nuestro Aviso acompaña esta Autorización. Lo exhortamos a que lo lea cuidadosa y completamente antes de firmar a Autorización.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad como ha sido descrito en nuestro Aviso de las Prácticas de Privacidad. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, emitiremos un Aviso de las Prácticas de Privacidad revisado, que contendrá los cambios. Esos cambios se pueden aplicar a cualquier información protegida de salud suya que tengamos.

Ud. puede obtener una copia de nuestro Aviso de las Prácticas de Privacidad, incluyendo cualquier revisión a nuestro Aviso, en cualquier momento comunicándose con:

Persona de Contacto: KIDS CHOICE DENTAL

Teléfono: 505-821-5437 / 505-352-5439 Fax: 505-821-8041 / 505-836-7533

E-mail: kidschoiceabq@yahoo.com

Dirección: 6211 4th St. NW Suite 13, Albuquerque, NM 87107 / 120 98th St. NW Suite C-3, Albuquerque, NM 87121

**Derecho a Revocar:** Usted tendrá derecho a revocar esta Autorización en cualquier momento sometiéndonos una notificación por escrito de su revocación a la Persona de Contacto que aparece en la parte superior. Por favor comprenda que la revocación de esta Autorización no afectará ninguna acción que hayamos tomado contando con esta Autorización antes de recibir su revocación, y que podemos declinar darle o continuar su tratamiento si revoca esta Autorización.

## FIRMA

**X** Yo, \_\_\_\_\_, he tenido la oportunidad para leer y considerar el contenido de este formulario de Autorización y su Aviso de las Prácticas de Privacidad. Entiendo que, al firmar este formulario de Autorización, estoy dando mi autorización para que ustedes usen y revelen mi información protegida de salud para llevar a cabo el tratamiento, procesar los pagos y para las operaciones de los cuidados de salud.

**X** Firma: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si esta Autorización está firmada por el representante personal del paciente en representación del paciente, complete lo siguiente:

Nombre de Representante Personal: \_\_\_\_\_

Relacion con Paciente: \_\_\_\_\_

**TIENE DERECHO A UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN DESPUÉS DE QUE LA FIRME.  
Incluya una Autorización procesada en el expediente del paciente.**

## REVOCACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN

Revoco mi Autorización para que ustedes puedan usar y revelar mi información protegida de salud para el tratamiento, procesar pagos, y las operaciones de cuidados de salud.

Entiendo que la revocación de mi Autorización no afectará ninguna acción tomada por ustedes contando con mi Autorización antes de que ustedes hayan recibido por escrito este Aviso de Revocación. Entiendo además que ustedes pueden declinar tratarme o a continuar tratándome después de que yo haya revocado mi Autorización.

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