



## Consentimiento para la divulgación de información y registros médicos

Yo, \_\_\_\_\_, (en lo sucesivo, "el Paciente"), por la presente autorizo a la Dra. Ingrid Epelman Dorra, DDS y Advanced Endodontic Group, Inc., (en lo sucesivo denominados colectivamente como "la Práctica") para usar y divulgar el registro médico completo relacionado con el Paciente de acuerdo con con el Aviso de Prácticas de Privacidad (NOPP) adjunto. Recibí una copia y revisé el NOPP, tuve la oportunidad de hacer preguntas al respecto, entenderlo y aceptar sus términos. Una copia de este Consentimiento firmado y fechado será tan efectivo como el original. Libero y eximo a la Práctica, sus empleados y agentes de toda responsabilidad (incluida, entre otras, la negligencia) que surja de u ocurra bajo este consentimiento.

Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(Escribir nombre y firmar)

O

Como representante del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(Escriba el nombre, firme y describa la autoridad)

## Notificación de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

Puede negarse a firmar este reconocimiento

El abajo firmante acusa recibo de una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad vigente actualmente para Advanced Endodontic Group el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_. Una copia de este Acuse de recibo firmado y fechado será efectivo como el original.

\_\_\_\_\_  
Por favor escriba su nombre

\_\_\_\_\_  
Por favor firme su nombre

Si usted es el representante legal del paciente, escriba el nombre del paciente y describa su autoridad.

\_\_\_\_\_

### Solo para uso de la oficina

Como Oficial de Privacidad, intenté obtener la firma del paciente (o representante) en el Reconocimiento, pero no lo hice porque:

- ▲ Fue tratamiento de emergencia
- ▲ No pude comunicarme con el paciente
- ▲ El paciente se negó a firmar
- ▲ El paciente no pudo firmar
- ▲ Porque (Por favor describa)  \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del oficial de privacidad