



Confirmación de que ha recibido un documento sobre su Derecho a la Privacidad.

****Usted es libre de negarse a firmar este documento****

Yo he sido notificado de la Política de Derecho a la Privacidad de esta Práctica.

Nombre del Paciente: _____

Firma _____

Si usted es el Representante del Paciente:

Relación con el Paciente: _____

Nombre: _____

Para uso oficial solamente

Nosotros intentamos obtener la confirmación escrita de que el paciente recibió nuestra Política sobre su Derecho de Privacidad, pero este documento no pudo ser obtenido por la siguiente razón:

- La persona se negó a firmar
- Barreras de comunicación no permitieron obtener su firma
- Una situación de emergencia no nos permitió obtener su firma
- Otra (por favor explicar)

Iniciales del Empleado _____ Fecha _____

Por favor escriba en la parte de atrás los nombres de las personas que usted autoriza que nosotros le compartamos su información.



Yo, _____, autorizo a Virginia Family Dentistry a discutir y compartir mi información privada de salud con las siguientes personas:

Nombre(s):	Relación con el paciente:

Esta autorización permanecerá vigente hasta que yo la revoque. Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por medio de una notificación a Virginia Family Dentistry, preferiblemente por escrito.

Nombre del Paciente: _____

Firma _____

Si usted es el Representante del Paciente:

Relación con el Paciente: _____

Nombre: _____