



**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: \_\_\_\_\_