

University of Southern Indiana
Dental Clinic
8600 University Blvd.
Evansville, IN 47712
(812) 464.1706

Nombre _____

E-mail _____

Dirección _____

Teléfono _____

Al firmar este formulario, usted consentirá al uso y la divulgación de su información médica protegida para realizar tratamiento, actividades de pago y actividades sanitarias.

Usted tiene derecho de leer el Aviso de las Prácticas de Privacidad antes de decidir si va a firmar el consentimiento. Nuestro Aviso ofrece una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago y actividades sanitarias, de los usos y la divulgación que pudiéramos hacer de su información médica protegida, y de otros asuntos importantes sobre su información médica protegida. Una copia de nuestro Aviso acompaña este Consentimiento. Le recomendamos que la lea atentamente antes de firmar este Consentimiento.

Nosotros reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad como han sido descritas 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 pueden ser aplicados a cualquier información de su salud protegida que nosotros mantenemos.

Usted puede conseguir una copia de nuestro Aviso de las Prácticas de Privacidad, incluyendo cualquier revisión a nuestro Aviso, en cualquier momento entrando en contacto con:

Persona de contacto:

Teléfono:

Usted tendrá el derecho de revocar este Consentimiento en cualquier momento al darnos aviso escrito de su revocación entregada a la Persona de contacto enumerada anteriormente. Por favor, sea consciente que la revocación de este Consentimiento no afectará ninguna acción que hayamos tomado en confianza en este Consentimiento antes de haber recibido su revocación, y que podríamos declinarnos de darle tratamiento o continuar su tratamiento si revoca Consentimiento.

Firma

Fecha

Yo, _____, he tenido la oportunidad de leer y considerar los contenidos de este formulario de Consentimiento y su Aviso de las Prácticas de Privacidad. Entiendo que, al firmar este formulario de Consentimiento, doy mi consentimiento para su uso y la divulgación mi información médica protegida para llevar a cabo tratamiento, actividades de pago y actividades sanitarias.

Firma

Fecha

Si este Consentimiento es firmado por una persona que hace de representante de un/a paciente, complete la siguiente información:

Nombre del custodio del paciente: _____

Relación con el paciente: