



Smiles4Kids

DENTISTRY FOR CHILDREN

Nombre del Paciente: _____
Apellido Nombre Inicial Fecha de Nacimiento

Estoy consiente y entiendo el Acto de Privacidad HIPAA

Yo, _____, certifico que he recibido una copia
(Nombre del Padre o Tutor)
de la notificación de las practicas de privacidad de esta oficina.

Firma del padre o tutor: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

También doy consentimiento a las siguientes personas para ser informadas y tomar decisiones acerca de la candición dental de mi hijo/a con el personal de Smiles 4 Kids (continúe al final de la página si necesita espacio adicional).

Nombre: _____ Relación con paciente: _____

Nombre: _____ Relación con paciente: _____

Nombre: _____ Relación con paciente: _____

FOR OFFICE USE ONLY

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practice, but acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communication barriers prohibited obtaining acknowledgement
- An Emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (please specify)