



Consentimiento de HIPAA

Yo, _____, padre/tutor legal de _____ entiendo que al firmar este Formulario de Consentimiento, estoy dando mi consentimiento a Little Pearls Pediatric Dentistry para revelar y discutir mi información médica protegida para llevar a cabo el tratamiento, las actividades de pago y las operaciones de atención médica con los siguientes miembros de la familia:

Nombre: _____

Relacion: _____

Fecha: _____

En adición, también doy consentimiento para compartir la información de salud cuando sea solicitada por otros proveedores/profesional de la salud que brinde atención médica a mi hijo/hija fuera de Little Pearls Pediatric Dentistry.

Derecho a revocar: Usted tendrá el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento dándonos un aviso por escrito de su revocación presentado a Little Pearls Pediatric Dentistry.

Oficial de cumplimiento Dr. Afshan Bintory.

Solicito a Little Pearls Pediatric Dentistry que restrinja la divulgación de mi PHI a los que se especifican a continuación:

Nombre: _____

Padre/tutor legal (Nombre) : _____

Firma del parente/tutor legal _____

Relación con el paciente: _____ Fecha de hoy: _____