**Acuse de recibo del aviso de prácticas de privacidad**

Recibí una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Island Dentistry. Por la presente autorizo, como lo indica mi firma a continuación, Island Dentistry a usar y divulgar mi información de salud protegida para cualquier propósito clínico, financiero y de seguro necesario, según lo autorizado en el formulario de consentimiento del paciente.

**Por favor marque su medio de comunicación preferido:**

* Puede comunicarse conmigo al número de teléfono de mi casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Puede contactarme/enviarme un mensaje de texto a mi número de teléfono móvil:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Puede contactarme al número de teléfono de mi trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Puede enviarme un mensaje de correo electrónico sin cifrar a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Enumere las personas autorizadas con las que podemos hablar sobre su información de salud protegida (PHI) además de los padres con custodia y los tutores legales:**

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de adición/eliminación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de adición/eliminación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de adición/eliminación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Recibí una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Island Dentistry.**

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sólo para uso de oficina:**

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener porque:

* El individuo se negó a firmar
* Barreras de comunicación prohibieron obtener el reconocimiento
* Una situación de emergencia nos impidió obtener el reconocimiento
* Otro (Especifique) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Se permite la reproducción de este material por dentistas y su personal. Cualquier otro uso, duplicación o distribución por cualquier otra parte requiere la aprobación previa por escrito de la Asociación Dental Americana. **Este material es solo para fines de referencia general y no constituye asesoramiento legal. Cubre solo HIPAA, no otras leyes federales o estatales. Los cambios en las leyes o reglamentos aplicables pueden requerir revisión. Los dentistas deben ponerse en contacto con un asesor legal calificado para obtener asesoramiento legal, incluido el asesoramiento relacionado con el cumplimiento de HIPAA, la Ley HITECH y las normas y reglamentos del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.** © 2010, 2013 Asociación Dental Americana. Reservados todos los derechos.