

HIPAA CONSENT FORM

Our Notice of Privacy Practice provides information about how we may use and disclose protected health information (PHI) about you. The Notice contains a Patients' Right section describing your rights under the law. The terms of our Notice may change. If we change our Notice, you may obtain a revised copy at First Care Dental of Palm Beach (FCD). You have the right to request that we restrict how PHI about you is used or disclosed for treatment, payment or health care operations. The practice provides this form in compliance with the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). You have the right to revoke this consent, in writing, signed by you. However such revocation shall not affect any disclosures we have already made in reliance on your prior Consent. The patient understands that PHI may be disclosed or used for treatment, payment or healthcare operations. The practice has a Notice of Privacy Practices and that the patient can be provided a copy at FCD. The Patient has the right to restrict the use of their information. The patient may revoke this consent in writing at any time and all future disclosures will then cease. The practice may condition treatment upon execution of this consent. No insurance can be billed on the patient's behalf without this signed HIPAA consent form, therefore payment in full is required on the same day of services. By checking the checkbox below, I am acknowledging that I had full opportunity to read and consider the contents of this consent form and the Notice of Privacy Practices. I understand that, by signing this consent form, I am giving my consent to your use and disclosure of my PHI to carry out treatment, payment and health care operation.

Consentimiento de HIPAA: Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar información médica protegida (PHI) sobre usted. El Aviso contiene una sección de Derechos del paciente que describe sus derechos según la ley. Los términos de nuestro Aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro Aviso, puede obtener una copia revisada en First Care Dental de Palm Beach (FCD). Tiene derecho a solicitar que limitemos la forma en que se usa o divulga su PHI para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. La práctica proporciona este formulario de conformidad con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA). Tiene derecho a revocar este consentimiento, por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no afectará ninguna divulgación que ya hayamos hecho en base a su consentimiento previo. El paciente entiende que la PHI puede divulgarse o usarse para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. La práctica tiene un Aviso de prácticas de privacidad y que el paciente puede recibir una copia en FCD. El paciente tiene derecho a restringir el uso de su información. El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones futuras cesarán. La práctica puede condicionar el tratamiento a la ejecución de este consentimiento. No se puede facturar a ningún seguro en nombre del paciente sin este formulario de consentimiento firmado por HIPAA, por lo tanto, se requiere el pago completo el mismo día de los servicios. Al marcar la casilla de verificación a continuación, reconozco que tuve plena oportunidad de leer y considerar el contenido de este formulario de consentimiento y el Aviso de Partículas de Privacidad. Entiendo que, al firmar este formulario de consentimiento, doy mi consentimiento para su uso y divulgación de mi PHI para llevar a cabo el tratamiento, el pago y la operación de atención médica.

I accept these terms (*Acepto estos terminus*)

Patient Name: _____ Date of Birth (Fecha de nacimiento) _____

Name of Guardian (nombre del tutor): _____

E-consent

This document may be in the form of an Electronic Record and may be executed using Electronic Signatures (including, without limitation, facsimile and .pdf) and shall be considered an original, and shall have the same legal effect, validity and enforceability as a paper record. (Este documento puede tener la forma de un Registro electrónico y puede ejecutarse utilizando Firmas electrónicas (incluyendo, entre otros, facsímil y .pdf) y se considerará un original, y tendrá el mismo efecto legal, validez y aplicabilidad que un documento grabar)

To evidence your certification of this document, please electronically sign this document by checking the box and typing your name and date below. (Para acreditar su certificación de este documento, firme electrónicamente este documento marcando la casilla y escribir su nombre y fecha a continuación.)

YES/SI NO

Are you sure you want to apply your electronic signature to this document?

Clicking "Yes" and typing your name and date at the line below constitutes your electronic signature, and this electronic signature will have the same legal effect as a handwritten signature for the purposes of validity, enforceability and admissibility. (¿Está seguro de que desea aplicar su firma electrónica a este documento? Hacer clic en "Sí" y escribir su nombre y fecha en la línea a continuación constituye su firma electrónica, y esta firma electrónica tendrá el mismo efecto legal que una firma manuscrita a efectos de validez, exigibilidad y admisibilidad.)

Name _____ Date _____

Signature: _____