

**Registro del Paciente**

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

***Información del Paciente***

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

€M €F Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

€Casado €Soltero €Divorciado €Menor **E-MAIL**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Casa # (\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cel. #(\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Trabajo #(\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***¿A quién podemos agradecerle la referencia?:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**HAS VIAJADO ULTIMAMENTE? SI / NO DONDE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**EN CASO DE EMERGENCIA, A QUIÉN PODEMOS NOTIFICAR?**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Casa #: (\_\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Otro #: (\_\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Persona Responsable (Para Menores de Edad Solo)***

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

€M €F Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Casa #(\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cel. #(\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Trabajo #(\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Seguro Dental***

Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número Telefónico: (\_\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección del Seguro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ID #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tiene algún seguro adicional? €Si €No

***\*LAS RADIOGRAFIAS DE SUS DIENTES SON PROPIEDAD DE ESTA OFICINA POR LA LEY. SE REQUERIRA UN PAGO ADICIONAL POR LA COPIA QUE USTED PUEDA NECESITAR.***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Paciente/Responsable Fecha

**Historia Médica**

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Última Visita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Está ahora bajo tratamiento médico? € Sí € No Explique:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Está tomando alguna medicina o drogas? € Sí € No ¿Cuáles?:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Ha sido hospitalizado durante los últimos 5 años? € Sí € No Explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ES USTED ALÉRGICO O HA TENIDO REACCIÓN A:**

€ Penicilina € Anestésico local € Sulfamidas € Barbitúricos € Sedantes € Yodo € Aspirina € Algunos metales € Látex € Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Si / No

**Tiene o ha tenido Usted…**

€ Sí € No Angina

€ Sí € No Anemia

€ Sí € No Asma

€ Sí € No Ataque Cardiaco

€ Sí € No Ataque de Parálisis

€ Sí € No Cáncer

€ Sí € No Cansado con frecuencia

€ Sí € No Desmayo/Ataques

€ Sí € No Diabetes

€ Sí € No Dolor del Pecho

€ Sí € No Enfermedad Cardiaca

€ Sí € No Enfermedad del Hígado

€ Sí € No Enfermedad del Riñón

€ Sí € No Enfermedad del Tiroides

€ Sí € No Enfermedad Venérea

€ Sí € No Enfisema

€ Sí € No Epilepsia/Convulsiones

€ Sí € No Falta de Aliento

€ Sí € No Fiebre del Heno/Alergias

€ Sí € No Fiebre Reumática

€ Sí € No Glaucoma

€ Sí € No Hepatitis/Ictericia

€ Sí € No Leucemia

€ Sí € No Marcapaso Cardiaco

€ Sí € No Murmullos en el Corazón

€ Sí € No Presión Alta

€ Sí € No Presión Baja

€ Sí € No Problemas Cardiacos

€ Sí € No Problema de Estómago

€ Sí € No Problemas Respiratorios

€ Sí € No Prolapso de Válvula Mitral

€ Sí € No Reemplazo de Articulación o Implantes

€ Sí € No Reciente Pérdida de Peso

€ Sí € No SIDA/HIV

€ Sí € No Terapia de radiación

€ Sí € No Tobillos hinchados

€ Sí € No Tuberculosis

€ Sí € No Ulceras

Otra enfermedad/condición: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Mujeres:** ¿Está embarazada? € Sí € No ¿Esta amamantando? € Sí € No

¿Está tomando píldoras anticonceptivas? € Sí € No

Yo estoy consciente que tomando antibióticos se inhibe el efecto del anticonceptivo. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Iniciales

**Historia Dental**

Propósito de la visita de hoy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dentista anterior: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Última Visita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia usted: Se cepilla? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Usa seda dental?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ha tenido Usted: € Ortodoncia € Tratamiento de la encía € Tratamiento de conducto € Implantes € Coronas

¿Le gusta su sonrisa? € Sí € No

**Tiene o ha tenido Usted…**

€ Sí € No Ampollas en la Boca

€ Sí € No Boca Seca

€ Sí € No Dentadura Postiza o Parciales

€ Sí € No Dificultad en Abrir o

Cerrar

€ Sí € No Dificultad al Masticar

€ Sí € No Dolor en algún Diente

€ Sí € No Encías Sangrantes

€ Sí € No Extracciones Difíciles

€ Sí € No Fractura de Obturación

€ Sí € No Fumar

€ Sí € No Mal Aliento

€ Sí € No Rechina los Dientes

€ Sí € No Ruido en la Quijada

€ Sí € No Sangramiento Excesivo

€ Sí € No Sensibilidad al lo Caliente

€ Sí € No Sensibilidad al lo Frío

€ Sí € No Trauma a la Cabeza

***YO CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN DECLARADA EN ESTE FORMULARIO ESTA CORRECTA. YO TAMBIÉN ENTIENDO QUE EL DENTISTA NO ES RESPONSABLE POR CUALQUIER ACCIÓN TOMADA O NO TOMADA EN CASO DE ERRORES AL LLENAR ESTE FORMULARIO.***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de la Paciente/Responsable Firma del Dentista Fecha

**CONSENTIMIENTO**

POSIBLE TRATAMIENTO

 **1. FÁRMACOS Y MEDICAMENTOS**

Entiendo que los antibióticos, analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas, produciendo el enrojecimiento e inflamación de tejidos, dolor, vómito, y/o choque anafiláctico (reacción alérgica severa). Entiendo los riesgos de la administración de fármacos y medicamentos. **Iniciales \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **2. CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO**

Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar/añadir procedimientos no diagnosticados desde un principio debido a las condiciones que se encuentren mientras se da inicio y continuidad al tratamiento. Autorizo al Dentista para hacer cualquier cambio necesario. **Iniciales \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **3. ANESTESIA LOCAL**

La administración de cualquier tipo de anestesia implica ciertos riesgos, incluyendo, pero no limitados a: nauseas, vómitos, dolor, inflamación, alergia o algunas reacciones inesperadas. Si ocurre una reacción alérgica severa, esto puede generar un problema cardio-respiratorio grave que podría requerir tratamiento. Adicionalmente, puede haber otros riesgos que incluyen infección en el área de la inyección, daño a los vasos sanguíneos o a los nervios presentes en el área, con la consecuente sensación de adormecimiento que podría durar días, meses o años. **Iniciales \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **4. RESINAS FOTOCURADAS (FILLINGS)**

Las resinas fotocuradas se utilizan para restaurar los dientes cuando han sido afectados por caries. Entiendo que el o los dientes tratados pueden quedar sensibles o incluso existe la posibilidad de que presenten dolor durante y luego de terminado el tratamiento Sin importar el material utilizado, entiendo que existen ciertos riesgos, aun cuando el tratamiento sea realizado con el mayor de los cuidados. Estos riesgos incluyen la posibilidad resultados no exitosos o fallas en el tratamiento que podrían implicar tratamientos adicionales como tratamiento de conducto, extracción, etc. Entiendo también que las restauraciones pueden fracturarse o experimentar cambio de color. Esto puede ocurrir debido a muchos factores sobre los cuales el Dentista no tiene control. **Iniciales \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **5. PROTECTOR PULPAR #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Algunas veces, después de eliminar totalmente la caries o alguna restauración defectuosa, pudiera ocurrir una exposición pulpar. El tratamiento ideal a realizar es un “Tratamiento de Conducto”, pero si la exposición pulpar es pequeña, el dentista puede decidir hacer un recubrimiento pulpar, cuando el nervio esta irritado, pero aún está vivo y suficientemente sano para intentar la reparación del mismo como una última opción. El protector pulpar le da al nervio la posibilidad de regenerarse al eliminar la caries y las bacterias, creando un campo limpio alrededor con la colocación de la restauración. Entiendo que el recubrimiento pulpar es un método preventivo utilizado para tratar de evitar la el tratamiento de conducto, pero no es garantía alguna de que el diente no necesitara posteriormente el tratamiento de conducto. **Iniciales \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **6. TRATAMIENTO DE CONDUCTO (ROOT CANAL) #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Entiendo que no existe garantía alguna de que el tratamiento de conductos tendrá éxito y se salvaría el diente donde este se realice. Algunos de los riesgos y complicaciones del tratamiento son: dolor, inflamación, ruptura de algún instrumento dentro del canal o conducto, extensión del instrumento a través de la raíz, etc. Entiendo también que podría ser necesaria una cirugía adicional posterior al tratamiento de conducto, de cuyo costo soy totalmente responsable. **Iniciales \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **7. EXTRACCIONES #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Se me han explicado las alternativas a una extracción de dientes y autorizo al Dentista extraerme los dientes arriba indicados. Entiendo que la extracción de dientes no siempre remueve toda la infección y puede que necesite tratamiento adicional. Entiendo los riesgos de una extracción (dolor, inflamación, propagación de la infección, alveolo seco, pérdida de sensibilidad en mis dientes, labios, lengua y tejido circundante que puede durar por un periodo de tiempo indefinido, o quijada fracturada). Entiendo que puedo ser hospitalizado si resultan complicaciones durante o después del tratamiento, y es mi responsabilidad pagar por el costo de esto. **Iniciales \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Yo entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que los practicantes no pueden garantizar los resultados en su totalidad. Reconozco que no se me ha ofrecido garantía alguna sobre el tratamiento a recibir. Me comprometo a seguir cualquier instrucción pre y post operatoria que me sea indicada. Entiendo que es mi responsabilidad contactar al dentista si ocurriese alguna circunstancia durante el periodo post operatorio. He tenido el tiempo suficiente para leer este documento y aclarar todas mis dudas. Todas mis preguntas fueron contestadas y discutidas satisfactoriamente.***

***Con mi firma doy consentimiento para realizar los procedimientos propuestos.***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Paciente/Persona Responsable \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Paciente/Persona Responsable



*“Nuestra meta es ofrecerle al paciente la mejor calidad de salud dental”*

**NUESTRA POLITICA ADMINISTRATIVA**

**RADIOGRAFIAS Y EXAMEN**

**Yo autorizo a la *Dra. Novara o Dra. Rico* para que efectúe el examen dental, obtenga todas las radiografías, y todas las fotografías necesarias para diagnosticar mi salud dental apropiadamente y crear un plan de tratamiento efectivo.** \_\_\_\_\_\_\_ Iniciales

**Autorizo a Doral Family Dental a compartir mis radiografías, mis fotografías, y/o mis modelos con otros para propósitos de enseñar y/o mercadeo. Toda información de identificación será eliminada.** \_\_\_\_\_\_\_ Iniciales

**Autorizo a Doral Family Dental a enviarme correos electrónicos/mensajes textos en referencia a mis citas o promociones. En caso de cualquier emergencia por favor llame al 911 o proceda al centro de emergencia cercano, no use esta forma de comunicación para ese propósito X\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma.

**CITAS**

Si usted no puede asistir a su cita le agradecemos nos lo avise con al menos 24 horas de anticipación, en caso contrario, reservamos el derecho de cargarle a su cuenta *$50.00*. Los depósitos que se colectan para reservar una cita no son reembolsables.\_\_\_\_\_\_\_ Iniciales

**SEGUROS**

Somos proveedores de algunas compañías de seguro dental. La mayoría de las pólizas de seguro dental no cubre el 100% del costo de los tratamientos, de acuerdo con la información que su seguro nos provea, le haremos un estimado de su porción del pago, que será ajustada una vez que nosotros recibamos el pago definitivo de la porción que cubre su seguro. **Si su plan de seguro no cubre el costo total del tratamiento dentro de 45 días de realizados los mismos, usted reconoce su responsabilidad por el pago de la diferencia entre el costo total del tratamiento y lo efectivamente pagado por la compañía de seguros.** Usted autoriza a la oficina de la *Dr. Novara / Dr. Rico* para, proveer la información requerida, incluyendo su firma para, de ser necesario, procesar las demandas relacionadas con el cobro.

**PAGOS**

El tratamiento realizado deberá ser cancelado al momento de recibirlo. **Aceptamos sus pagos en efectivo, VISA y MASTERCARD. Lamentamos no aceptar cheques personales.**

Adicionalmente le ofrecemos varios planes de pago (Citicard, Carecredit y Chase). Estos planes sólo tardan unos minutos en ser solicitados y le permite comenzar el tratamiento hoy mismo y pagarlo en cuotas mensuales.

***Si fuese necesario demandar el pago de su cuenta por medio de abogados o agencias de cobranzas, usted es responsable de pagar toda la cuenta, más los intereses mensuales sobre la deuda, los gastos de abogados o agencias de cobranzas, los costos de la corte y cualquier cargo relacionado con las gestiones de cobro.***

*Yo he leído la política administrativa y entiendo y acepto lo establecido en casa una de sus cláusulas. Reconozco mi responsabilidad en el pago de los servicios recibidos.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de Paciente o Persona Responsable Fecha



Como es requerido por los reglamentos de privacidad creados como resultado del acta de la portabilidad de los seguros de salud (HIPAA):

Estamos obligados por la ley de mantener la confidencialidad de la información de salud que identifica su persona (PHI). También estamos obligados por la ley, en proveerle este aviso respecto a nuestras obligaciones legales y a la práctica de privacidad que mantenemos en nuestra oficina a respecto a su PHI. Bajo las leyes federales y estatales tenemos que atenernos a las condiciones del aviso de las prácticas de privacidad que tenemos en efecto en este momento. Podemos responder alguna pregunta o duda con respecto a esta información.

***MI FIRMA EN ESTE DOCUMENTO SIGNIFICA QUE SE ME HA PROPORCIONADO UNA COPIA DEL AVISO SOBRE PRACTICAS DE PRIVACIDAD. YO HE LEIDO, ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO CON EL AVISO SOBRE PRACTICAS DE PRIVACIDAD.***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de Paciente/Persona Responsable Fecha

**HIPAA - PATIENT CONSENT FOR USE AND DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI) ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICIES**

**\*HIPAA - CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA USAR Y COMPARTIR INFORMACION PERSONAL DE**

**SALUD Y CONFIRMACION DE RECIBO DE LA NOTA DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

**I acknowledge** that **I** have been provided with **DORAL FAMILY DENTAL**.**,** "Notice of Privacy Practices”, and I am giving my consent for the use and disclosure of Protect Health Information as required and**/**or permitted by law**.**

*\*Confirmo que* se *me ha proveído con la "Nota De Practicas* De *Privacidad" de* **DORAL FAMILY** DENTAL.**,** y *doy mi consentimiento para usar y compartir Información Personal De Salud como lo permita y/o requiera la ley.*

Patient **Name:** (please *prin****t) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

\**Nombre Del Paciente***: (***nombre* en letra de *molde por favor***)**

**Patient Signature *(****or legal representative; proof may* be *requested)­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\*Firma Del Paciente:* (o *representante legal; prueba* puedeser *requerida****)***

**Date:­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***\*Fecha:***

***­­*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**EMAIL/TEXT MESSAGE TO MOBILE PHONE CONSENT FORM**

**\*CONSENTIMIENTO DE CORREO ELECTRÓNICO/MENSAJES DE TEXTO A MÓVIL**

**Purpose:** This **form** is used to obtain your consent to communicate with you by email/mobile text messaging regarding your Protected Health Information**. DORAL FAMILY** DENTAL., (DFD**)** offers patients the opportunity to communicate by email/mobile text messaging. Transmitting patient information by email/mobile text messaging has a number **of** risks **that** patients should consider before granting consent **to** use email/**mobile** text messaging for these purposes. **DFD** will use reasonable means to protect the security and confidentiality of email/mobile text messaging information sent and received. However, **DFD** cannot guarantee the security and confidentiality **of** email/mobile text messaging communication and will not be liable for inadvertent disclosure of **confidential** information.

I acknowledge **that I** have read and **fully** understand **this** consent form. I understand the risks associated with communication **of** email/mobile **text** messaging between **DFD and I**, and consent to **the** conditions **outlined herein**. Any questions I may have **had** were answered.

**\*Propósito**: Esta forma es usada como consentimiento de usted para comunicarnos vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil en referencia a su Información de Salud Protegida. **DORAL FAMILY DENTAL., (DFD**) ofrece a sus pacientes la oportunidad de comunicación vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil. Trasmitir información vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil tiene numerosos riesgos que el paciente debe considerar antes de otorgarnos este consentimiento para estos propósitos. DFD usara formas razonables de proteger confidencial y seguro la información mandada a usted vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil. De todas formas, DFD no podrá garantizarle proteger confidencial y seguro la comunicación vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil y no será en ninguna forma responsable si esta información confidencial es usada inadvertidamente por otros.

**Yo** comprendo haber leído y completamente entendido el consentimiento **de** esta forma. Yo comprendo los riesgos asociados con la comunicación **vía** correo electrónico**/**mensaje de texto a móvil entre **DFD** y yo, y consiento a las condiciones que me han sido dadas. Cualquier pregunta que yo haya tenido me ha sido respondida.

**Patient Acknowledgment** & **Agreement / \*Reconocimiento** y **Acuerdo del Paciente**

My **Consented Email Address** is: ­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\*Mi Correo Electrónico Consentido Es:*

My Consented Mobile Numberfor Text Messaging **is: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*\*Mi Numero* Móvil *Para Mensaje* De *Texto Consentido Es:*

**Patient Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*** *Firma Del**Paciente* ***\****Fecha

IN CASE OF EMERGENCY**:** Please call **911** or proceed to the nearest *emergency* room**.** *Do* not use this way of communication for that purpose. ***\*****EN* CASO *DE* EMERGENCIA**:** *Por favor llame* al **911** *o* proceda al centro de emergencia mas cercano. No use esta forma de comunicación para este *propósito.* Rev.09/19