



Consentimiento del Paciente para el Uso y Divulgación de Información Médica Protegida (HIPAA)

En este Acuerdo de Consentimiento, las palabras "**usted**" y "**su**" se refieren al paciente, y las palabras "**nosotros**", "**nuestro**" y "**nuestra**" se refieren al Dr. Matthew Ng, DMD MSD PA, la Dra. Patricia Tran, DDS MSD PA y al personal autorizado de Discover Orthodontics.

Con su consentimiento, podemos utilizar y divulgar su Información Médica Protegida (PHI) para fines de **Tratamiento, Pago y Operaciones de Atención Médica (TPHCO)**.

Con su consentimiento, podremos comunicarnos con usted por teléfono, correo de voz, correo postal o correo electrónico para recordatorios de citas, asuntos relacionados con el seguro, estados de cuenta y cualquier otro asunto relacionado con su atención clínica, incluyendo su historial médico y el progreso de su tratamiento.

Usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre el uso o divulgación de su Información Médica Protegida. Sin embargo, nuestro personal no está obligado a aceptar dichas restricciones. Si aceptamos su solicitud, estaremos obligados a cumplirla.

Al firmar este formulario, usted autoriza el uso y la divulgación de su Información Médica Protegida para fines de Tratamiento, Pago y Operaciones de Atención Médica (TPHCO).

Usted puede revocar este consentimiento por escrito, excepto cuando ya hayamos actuado basándonos en él. Sin este consentimiento, podremos negarnos a brindarle tratamiento, presentar reclamaciones al seguro en su nombre o divulgar su información médica a entidades externas a nuestra práctica.

Nombre del Padre, Madre o Tutor Legal

Firma del Paciente o Padre, Madre o Tutor Legal

Nombre del Paciente

Fecha