



Acuse de recibo HIPAA y preferencias de comunicación

Consultorio: ☐ **Grand Prairie**
(972) 262-5593

☐ **Arlington**
(682) 284-1120

☐ **Commerce**
(903) 246-4424

☐ **Paris**
(903) 609-0567

Nombre del paciente (nombre y apellido)

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Acuse de recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

Confirmando que recibí, o que se me ofreció, una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Sonria Dentista. El Aviso explica cómo se puede usar y compartir mi información de salud y describe mis derechos. Hay una copia disponible en la recepción y en sonriadentista.com/es/aviso-de-privacidad/.

☐ Recibí una copia ☐ Se me ofreció una copia y no la quise

Cómo podemos comunicarnos con usted

Puede cambiar estas opciones en cualquier momento avisando al consultorio.

¿Podemos dejarle un mensaje de voz detallado sobre citas, tratamiento o pagos? ☐ Sí ☐ No

Número de teléfono para mensajes

¿Podemos enviarle recordatorios de citas por mensaje de texto? ☐ Sí ☐ No

Número de celular

¿Podemos comunicarnos con usted por correo electrónico? ☐ Sí ☐ No

Correo electrónico

Los correos electrónicos y mensajes de texto comunes pueden no estar cifrados, así que otra persona podría verlos. Si elige estas opciones, usted acepta ese riesgo.

Personas con quienes podemos hablar sobre su atención

Autorizo a Sonria Dentista a hablar sobre mi atención dental, mis citas y mis pagos con las personas indicadas abajo.

Nombre	Parentesco	Teléfono



Firma

Firma del paciente o de su representante personal

Fecha

Nombre en letra de molde

Si es representante, parentesco o autoridad legal

Solo para uso del consultorio

Complete solo si no fue posible obtener el acuse por escrito. Documente el esfuerzo de buena fe que se hizo.

Motivo: ☐ El paciente no quiso firmar ☐ Tratamiento de emergencia

☐ Otro:

Nombre del empleado

Fecha