

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

***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 **SMILE'S ON US DENTAL CARE.**, "Notice of Privacy Practices", and I am giving my consent for the use and disclosure of Protected Health Information as required and / or permitted by law.

**Confirmo que se me ha proveido con la "Nota De Practicas De Privacidad" de SMILE'S ON US DENTAL CARE., y doy mi consentimiento para usar y compartir Información Personal De Salud como lo permita y/o requiera la ley.*

Patient Name: *(please print)* _____

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 puede ser requerida)*

Date: *(dd/mm/yy)* _____

Fecha: *(dd/mm/aa)*

EMAIL/TEXT MESSAGE TO MOBILE PHONE CONSENT FORM

***CONSENTIMIENTO DE CORREO ELECTRONICO/MENSAJES DE TEXTO A MOVIL**

Purpose: This form is used to obtain your consent to communicate with you by email/mobile text messaging regarding your Protected Health Information. **SMILES ON US DENTAL CARE., (SOU SDC)** 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. **SOU SDC** will use reasonable means to protect the security and confidentiality of email/mobile text messaging information sent and received. However, **SOU SDC** 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 **SOU SDC** and me 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. **SMILES ON US DENTAL CARE., (SOU SDC)** ofrece a sus pacientes la oportunidad de comunicación vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil. Transmitir 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. **SOU SDC** usara formas razonables de proteger confidencial y seguro la información mandada a usted vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil. De todas formas, **SOU SDC** 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 **SOU SDC** y yo consiento a las condiciones que me han sido dadas. Cualquier pregunta que yo haya tenido me a sido respondida.

Patient Acknowledgment & Agreement / *Reconocimiento y Acuerdo del Paciente

My Consented Email Address is: _____

***Mi Correo Electrónico Consentido es:**

My Consented for Text Messaging to: _____

***Mi Mensaje de Textos Consentido a:**

X _____

Patient Signature * Firma del Paciente

Date *Fecha

**In Case of Any Emergency Please Call 911 or Proceed to the Nearest Emergency Room, DO NOT USE THIS WAY OF COMMUNICATION FOR THAT PURPOSE.
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 PROPOSITO**