



**A SMILE 4 U, PC GENERAL DENTISTRY FOR CHILDREN
CONSENT FOR USE AND DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION**

Name: _____

Children's Name(s): _____

Address: _____ Telephone: _____

Social Security Number: _____

TO THE PARENT OR GUARDIAN – PLEASE READ THE FOLLOWING STATEMENTS CAREFULLY.

Purpose of Consent: By signing this form, you will consent to our use and disclosure of your protected health information to carry out treatment, payment activities, and healthcare operations.

Notice of Privacy Practices: You have the right to read our *Joint Notice of Privacy Practices* before you decide whether to sign this Consent. Our Notice provides a description of our treatment, payment activities, and healthcare operations, of the uses and disclosures we may make of your protected health information, and of other important matters about your protected health information. A copy of our Notice accompanies this Consent. We encourage you to read it carefully and completely before signing this Consent. You are entitled to a copy of this form if you would like one... just ask.

We reserve the right to change our privacy practices as described in our Notice of Privacy Practices. If we change our privacy practices, we will issue a revised *Joint Notice of Privacy Practices*, which will contain the changes. Those changes may apply to any of your protected health information that we maintain.

You may obtain a copy of our *Joint Notice of Privacy Practices*, including any revisions of our Notice, at any time by contacting:

**A Smile 4 U, P.C.
HIPAA Compliance Officer
509 N Tennessee Street
Suite 107
Cartersville, GA 30120
770-407-8700**

Right to Revoke: You will have the right to revoke this Consent at any time by giving us written notice of your revocation submitted to the Contact Person listed above. Please understand that revocation of this Consent will not affect any action we took in reliance of this Consent before we received your revocation, and that we may decline to treat you or to continue treating you if you revoke this Consent.

Signature

I, _____, have had full opportunity to read and consider the contents of this Consent form and A Smile 4 U, P.C. *Joint Notice of Privacy Practices*. I understand that by signing this Consent form, I am giving my consent to A Smile 4 U, P.C. use and disclosure of my child's protected health information to carry out treatment, payment activities, healthcare operations and other uses described in the A Smile 4 U, P.C. *Joint Notice of Privacy Practices* that was provided to me.

Signature: _____ **Date:** _____

Relationship: _____



A SMILE 4 U, PC ODONTOLOGIA GENERAL PARA NIÑOS CONSENTIMIENTO PARA USAR Y REVELAR INFORMACION MÉDICA

Nombre: _____

Nombre del Niño(s): _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Número de Seguro Social: _____

PARA LOS PADRES O TUTORES – FAVOR LEER CUIDADOSAMENTE LA SIGUIENTE DECLARACION.

Propósito del Consentimiento: Al firmar este documento, nos esta dando consentimiento para usar o revelar esta información para proveer tratamiento dental o actividades de pago.

Aviso de Prácticas de Privacidad: Usted tiene el derecho de leer nuestro *Aviso Colectivo de las Prácticas de Privacidad* antes de decidir si firma este Consentimiento. Nuestro Aviso provee una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones de cuidado médico, del uso y revelaciones que podríamos hacer de la información protegida de su salud, y de otros asuntos importantes sobre la información protegida de su salud. Una copia de nuestro Aviso acompaña a este Consentimiento. Le invitamos a que lea cuidadosa y completamente este Consentimiento antes de firmarlo. Usted tiene el derecho a tener una copia de esta forma, si lo desea... solamente pregunte.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestra práctica de privacidad como está descrita en nuestro *Aviso de Prácticas de Privacidad*. Si cambiamos nuestra práctica de privacidad, nosotros emitiremos una revisión del *Aviso Colectivo de las Prácticas de Privacidad*, el cual contendrá los cambios. Estos cambios pueden aplicar a cualquier información protegida de su salud que nosotros tengamos.

Usted puede obtener en cualquier momento, una copia de nuestro *Aviso Colectivo de las Prácticas de Privacidad*, incluyendo cualquier revisión de nuestro Aviso, comunicándose con:

A Smile 4 U, P.C.
HIPPAA Compliance Officer
509 N Tennessee Street
Suite 107
Cartersville, GA 30120
770-407-8700

Derecho a Revocación: Usted tendrá el derecho de revocar este Consentimiento en cualquier momento dándonos una notificación por escrito de su revocación enviada a la Persona Contacto mencionada anteriormente. Por favor entienda que esta revocación de su Consentimiento no afectara ninguna acción que nosotros hayamos tomado en dependencia a su Consentimiento antes de haber recibido su revocación, y que nosotros pudiéramos rehusar hacerle el tratamiento o continuar su tratamiento si usted revoca este Consentimiento.

FIRMA

Yo, _____, he tenido la plena oportunidad de leer y considerar el contenido de este Consentimiento y del *Aviso Colectivo de las Prácticas de Privacidad* de A Smile 4 U, P.C. Entiendo que al firmar esta forma de Consentimiento, estoy dando mi consentimiento A Smile 4 U, P.C. para usar y revelar información protegida de mis hijos sobre su salud en el suministro de tratamiento, actividades de pago, operaciones del cuidado médico y otros usos descritos en el *Aviso Colectivo de las Prácticas de Privacidad* de A Smile 4 U, P.C. que me proporcionaron.

Firma: _____ Fecha: _____

Relación/Parentesco: _____