



**Timothy Wilson, D.D.S**  
(Services are provided by a general dentist)  
**7250 S. Durango Dr.**  
**Las Vegas, Nevada 89113**

## **FORMA DE CONCENTIMIENTO**

Yo doy consentimiento a esta oficina/clinica para usar o reveler mi informacion de salud protegida para llevar mi tratamiento y obtener pago de mi compañía de seguro y para operaciones de cuidado de salud como para revisiones de calidad.

Yo eh sido informado/a que yo puedo revisar el Aviso de Practica Privada (para una mas completa descripcion y revelacion) antes de firmar este consentimiento.

Yo entiendo que esta oficina/clinica tiene el derecho de cambiar su practica privada y que puedo revisar su aviso en su oficina/clinica.

Yo entiendo que tengo el derecho a pedir una restriccion de como mi informacion de salud protegida es usada. Sin embargo, yo tambien entiendo que la oficina/clinica no solicita a estar de acuerdo con mi pedido. Si la oficina/clinica suele a estar de acuerdo a mi pedido de restriccion ellos necesitan seguir mis restricciones al pie de la letra.

Yo tambien entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento haciendo el pedido por carta. Excepto a la informacion que ya ah sido usada o revelada.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Paciente, Padres, o Tutor Legal

Si firmado por un representante del paciente, cual es su estado de relacion con el paciente: \_\_\_\_\_