

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

*HIPAA – 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 **YELENA PRATO-GUIA D.M.D, INC.**, “Notice of Privacy Practices”, and I am giving my consent for the use and disclosure of Protect Health Information as required and / or permitted by law.

**Confirmo que se me ha proveído con la “Nota De Practicas De Privacidad” de YELENA PRATO-GUIA D.M.D, INC., y doy mi consentimiento para usar y compartir Información Personal De Salud como lo permita y/o requiera la ley.*

Patient Name: _____

**Nombre Del Paciente:*

Patient Signature: _____

**Firma Del Paciente:*

Date: _____

**Fecha:*

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. **YELENA PRATO-GUIA D.M.D, INC.**, (YPG) 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. **YPG** will use reasonable means to protect the security and confidentiality of email/mobile text messaging information sent and received. However, **YPG** 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 **YPG** and I, 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. **YELENA PRATO-GUIA D.M.D, INC.**, (YPG) 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. **YPG** usara formas razonables de proteger confidencial y seguro la información mandada a usted vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil. De todas formas, **YPG** 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 **YPG** y yo, y 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 Mobile Number For Text Messaging is: _____

**Mi Numero Móvil Para Mensaje De Texto Consentido Es:*

Patient Signature: _____

**Firma del Paciente*

Date: _____

**Fecha*

IN CASE OF EMERGENCY: Please call 911 or proceed to the nearest emergency room. Do not use this way of communication for that purpose.
***EN CASO DE EMERGENCIA: Por favor llame al 911 or proceda al centro de emergencia mas cercano. No use esta forma de comunicación para este propósito.**