

**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 *MIAMI LAKES DENTAL ASSOCIATES*, "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 proveido con la "Nota De Practicas De Privacidad" de MIAMI LAKES DENTAL ASSOCIATES., 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. MIAMI LAKES DENTAL ASSOCIATES., (MLDA) 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. MLDA will use reasonable means to protect the security and confidentiality of email/mobile text messaging information sent and received. However, MLDA 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 MLDA 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. MIAMI LAKES DENTAL ASSOCIATES., (MLDA) 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. MLDA usara formas razonables de proteger confidencial y seguro la información mandada a usted vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil. De todas formas, MLDA 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 MLDA 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