



ALABASTER SMILES

PEDIATRIC DENTISTRY

Lauri M. Williams, D.M.D., P.C.

ESTA FORMA NECESITA SER LLENADA ANUALMENTE

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco el recibo de Lauri M. Williams, D.M.D., P.C. aviso de las prácticas de privacidad. Alabaster Pediatric Dentistry puede usar la PHI de las siguientes maneras: Pagos y operaciones de atención médica. Podemos comunicarnos con usted para recordarle las citas por llamada telefónica, correo electrónico, mensaje de texto y correo. Para obtener más información, consulte nuestro Aviso de prácticas de privacidad.

Firma Del Tutor Legal _____ Fecha _____

PERSONAS AUTORIZADAS PARA CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Nombre: _____ Número De Teléfono: _____

No. De Licencia De Conducir: _____ Relación con el Paciente _____

Nombre: _____ Número De Teléfono: _____

No. De Licencia De Conducir: _____ Relación con el Paciente _____

Nombre: _____ Número De Teléfono: _____

No. De Licencia De Conducir: _____ Relación con el Paciente _____

Nombre: _____ Número De Teléfono: _____

No. De Licencia De Conducir: _____ Relación con el Paciente _____

Nombre: _____ Número De Teléfono: _____

No. De Licencia De Conducir: _____ Relación con el Paciente _____

Nombre: _____ Número De Teléfono: _____

No. De Licencia De Conducir: _____ Relación con el Paciente _____