



Dental Wellness at Weston

Gabriela A. Bozzuti, D.D.S.

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 INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD Y CONFIRMACIÓN DE RECIBO DE LA NOTA DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

I acknowledge that I have been provided with **GABRIELA A. BOZZUTI D.D.S., P.A.**, "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 GABRIELA A. BUZZUTI D.D.S., P.A., 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: (mm/dd/yy) _____

***Fecha:** (mm/dd/aa)

EMAIL/TEXT MESSAGE TO MOBILE PHONE CONSENT FORM

***CONSENTIMIENTO DE CORREO ELECTRÓNICO/MENSAJES DE TEXTO A MÓVIL**

Purpose: This form is used to obtain your consent to communicate with you by email/mobile text messaging regarding your Protected Health Information. **GABRIELA A. BOZZUTI D.D.S., P.A., (GABDDS)** 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. **GABDDS** will use reasonable means to protect the security and confidentiality of email/mobile text messaging information sent and received. However, **GABDDS** 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 **GABDDS** and me and consent to the conditions outlined herein.

I acknowledge that either the **GABDDS** or I may, at any time, withdraw the option of communicating electronically through the Services upon providing written notice. 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. **GABRIELA A. BUZZUTI D.D.S., P.A., (GABDDS)** 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. **GABDDS** usará formas razonables de proteger la confidencialidad y seguridad de la información enviada a usted vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil. De todas formas, **GABDDS** no podrá garantizarle la confidencialidad y seguridad 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 admito haber leído y entendido completamente esta forma de consentimiento. Yo entiendo los riesgos asociados con la comunicación vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil entre **GABDDS** y yo, y consiento las condiciones que me han sido dadas. Yo comprendo que tanto **GABDDS** o yo, en cualquier momento, podemos finalizar la opción de comunicación vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil dando previo aviso por escrito a la otra parte. Cualquier pregunta que yo haya tenido me ha sido respondida.

Patient Acknowledgment & Agreement / *Reconocimiento y Acuerdo del Paciente

My Consented Email Address is: _____

***Mi Correo Electrónico autorizado es:**

My Consented number for Text Messaging is: _____

***Mi numero de Mensaje de Textos autorizado es:**

Patient Signature (or legal representative; proof may be requested) _____

***Firma Del Paciente** (o representante legal; prueba puede ser requerida)

Date: (mm/dd/yy) _____

***Fecha:** (mm/dd/aa)