Gilbert A. Trujillo, DDS
Pediatric Specialist

Kellie McGinley, DDS
Pediatric Specialist
Board Certified, Diplomate

GROWING SMILES
PEDIATRIC DENTISTRY

Nombre Del Paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____
(Por favor imprimir)

Es política de Growing Smiles Pediatric Dentistry, hacer llamadas telefónicas de confirmación a los pacientes antes de su cita. Debido a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), es necesario que obtengamos su autorización en ciertos formatos de comunicación. Consulte a continuación y marque en consecuencia.

Autorizo al personal de Growing Smiles Pediatric Dentistry a dejar un mensaje en mi contestador automático/correo de voz en **casa** o **teléfono celular** (encierre en un círculo uno o ambos) con respecto a:

La cita de mi hijo/a O Si O No El cuidado dental/resultados de mi hijo/a O Si O No

Telefono de Casa _____ Celuar _____ Otro _____

Además, si no estoy disponible, autorizo al personal de Growing Smiles Pediatric Dentistry a hablar y divulgar información a la(s) siguiente(s) persona(s) con respecto a:

Nombre	Relación	Número	Citas	Dental/resultados	Cuenta/facturación
			o Si o No	o Si o No	o Si o No
			o Si o No	o Si o No	o Si o No
			o Si o No	o Si o No	o Si o No
			o Si o No	o Si o No	o Si o No

Autorizo al personal de Growing Smiles Pediatric Dentistry a llamar a mi número de trabajo, si no estoy disponible.

O Si O No Número de trabajo _____

Autorizo al personal de Growing Smiles Pediatric Dentistry a dejar un mensaje en mi correo de voz a mi número de trabajo.

O Si O No

Autorizo al personal de Growing Smiles Pediatric Dentistry a enviarme por correo electrónico (no seguro) recordatorios de citas a la dirección de correo electrónico: _____

O Si O No

Autorizo al personal de Growing Smiles Pediattric Dentistry a enviarme un mensaje de texto a: _____

O Si O No

Entiendo que es política de Growing Smiles Pediatric Dentistry tomar una foto de cada paciente para su historial dental.
Entiendo que este comunicado seguirá siendo válido y vigente hasta que yo lo revoque por escrito.

Fecha del día _____ Mes De _____, 20____

_____ _____
Firma Del Padre o Tutor Fecha

_____ _____
Firma Del Padre o Tutor Fecha