



# 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 \_\_\_\_\_