



Personal Information

First Name: _____ Last Name: _____ Date of Birth: _____

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Complete Address: _____

Dirección completa: _____

Telephone: (Primary): _____ (Secondary): _____ (Work): _____

Teléfono: (Primario): _____ (Secundario): _____ (Trabajo): _____

Personal Email: _____

Correo electrónico personal: _____

Physician Name: _____ Office Phone Number: _____

Nombre del médico: _____ Número de teléfono del consultorio: _____

Emergency Contact

Primary Full Name: _____ Telephone: _____

Nombre completo principal: _____ Teléfono: _____

Secondary Full Name: _____ Telephone: _____

Nombre completo secundario: _____ Teléfono: _____

Medical Information

Información médica

Although dental personnel primarily treat the area in and around your mouth, your mouth is a part of your entire body. Health problems that you may have, or medication that you may be taking, could have an important interrelationship with the dentistry you will receive.

Aunque el personal dental trata principalmente el área dentro y alrededor de la boca, la boca es parte de todo el cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o los medicamentos que pueda estar tomando, podrían tener una interrelación importante con la atención odontológica que recibirá.

Do you have, or have you had, any of the following?

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?

	Yes	No		Yes	No		Yes	No
	Sí	No		Sí	No		Sí	No
Acid Reflux <i>Reflujo ácido</i>			Eating Disorder <i>Trastorno alimenticio</i>			Liver Disease <i>Enfermedad del hígado</i>		
AIDS/HIV Positive <i>SIDA/VIH positivo</i>			Emphysema <i>Enfisema</i>			Low Blood Pressure <i>Presión arterial baja</i>		
Addiction <i>Adicción</i>			Epilepsy or Seizures <i>Epilepsia o convulsiones</i>			Lung Disease <i>Enfermedad pulmonar</i>		
Alzheimer's Disease <i>Enfermedad de Alzheimer</i>			Fainting Spells/Dizziness <i>Desmayos/mareos</i>			Lymphedema <i>Linfedema</i>		
Anemia <i>Anemia</i>			Glaucoma <i>Glaucoma</i>			Mitral Valve Prolapse <i>Prolapso de la válvula mitral</i>		
Angina <i>Angina de pecho</i>			Gout <i>Gota</i>			Osteoporosis <i>Osteoporosis</i>		
Anxiety <i>Ansiedad</i>			Hay Fever <i>Fiebre del heno</i>			Parathyroid Disease <i>Enfermedad paratiroidea</i>		
Arthritis <i>Artritis</i>			Heart Attack/Failure <i>Ataque al corazón/insuficiencia</i>			Psychiatric Care <i>Atención psiquiátrica</i>		
Artificial Joint <i>Articulación artificial</i>			Heart Disease <i>Cardiopatía</i>			Radiation Treatment <i>Tratamiento de radiación</i>		
Asthma <i>Asma</i>			Heart Murmur <i>Soplo cardíaco</i>			Rheumatic Fever <i>Fiebre reumática</i>		



Autism Spectrum <i>Espectro autista</i>			Heart Pacemaker <i>Marcapasos cardíaco</i>			Scarlet Fever <i>Escarlatina</i>		
Blood Disease/Disorder <i>Enfermedad/trastorno de la sangre</i>			Heart Valve Replacement <i>Reemplazo de válvula cardíaca</i>			Shingles <i>Herpes</i>		
Cancer <i>Cáncer</i>			Hepatitis A, B, or C <i>Hepatitis A, B o C</i>			Sinus Problems <i>Problemas de los senos paranasales</i>		
Chemotherapy <i>Quimioterapia</i>			High Blood Pressure <i>Hipertensión</i>			Stroke <i>Accidente cerebrovascular</i>		
Cold Sores/Fever Blisters <i>Herpes labial/ ampollas de fiebre</i>			High Cholesterol <i>Colesterol alto</i>			Thyroid Disease <i>Enfermedad de tiroides</i>		
Congenital Heart Defect <i>Defecto cardíaco congénito</i>			HPV <i>VPH</i>			Tonsillitis <i>Amigdalitis</i>		
Depression <i>Depresión</i>			Hypoglycemia <i>Hipoglucemia</i>			Tuberculosis <i>Tuberculosis</i>		
Diabetes <i>Diabetes</i>			Kidney Problems <i>Problemas de riñón</i>			Tumors <i>Tumores</i>		

Do you have or have you had any serious illness not listed above? **Yes No**
 ¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad grave no mencionada anteriormente? **Sí No**

Women: Are you <i>Mujer: ¿Está usted</i>	Yes <i>Sí</i>	No <i>No</i>		Yes <i>Sí</i>	No <i>No</i>		Yes <i>Sí</i>	No <i>No</i>
Pregnant? <i>Embarazada?</i>			Taking Oral Contraceptives? <i>Tomando anticonceptivos orales?</i>			Nursing? <i>Amamantando?</i>		

*If you use oral contraceptives, it is important to note that antibiotics may interfere with the effectiveness of the contraceptive.
 *Si usa anticonceptivos orales, es importante tener en cuenta que los antibióticos pueden interferir con la eficacia del anticonceptivo.

	Yes <i>Sí</i>	No <i>No</i>	
Are you under a physician's care? <i>¿Está bajo el cuidado de un médico?</i>			If yes, please explain: <i>En caso afirmativo, explíquelo:</i>
Hospitalized/had an operation (last 5 years)? <i>¿Fue hospitalizado o tuvo una operación (últimos 5 años)?</i>			If yes, please explain: <i>En caso afirmativo, explíquelo:</i>
Have you had a serious head or neck injury? <i>¿Ha tenido una lesión grave en la cabeza o el cuello?</i>			If yes, please explain: <i>En caso afirmativo, explíquelo:</i>
Have you ever taken bisphosphonates (Fosamax, Boniva, Actonel, etc.)? <i>¿Ha tomado alguna vez bisfosfonatos (Fosamax, Boniva, Actonel, etc.)?</i>			If yes, for how long? <i>En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo?</i>
Do you use tobacco of any kind or vape? <i>¿Utiliza tabaco de cualquier tipo o cigarrillo electrónico?</i>			How much? <i>¿Cuánto?</i>



Medication List (RX, OTC, Herbal)

Lista de medicamentos (RX, OTC, a base de hierbas)

Name of Medication <i>Nombre del medicamento</i>	Reason for Taking <i>Motivo para tomarlo</i>	Dosage <i>Dosis</i>	Frequency <i>Frecuencia</i>

Allergies
Alergias

Are you allergic to any of the following: <i>¿Es alérgico a alguno de los siguientes?</i>											
Yes <i>Sí</i>		No <i>No</i>		Yes <i>Sí</i>		No <i>No</i>		Yes <i>Sí</i>		No <i>No</i>	
Penicillin <i>Penicilina</i>			Aspirin <i>Aspirina</i>			Latex <i>Látex</i>			Metal <i>Metal</i>		
Codeine <i>Codeína</i>			Sulfa Drugs <i>Sulfamidas</i>			Anesthetic <i>Anestésicos</i>			Acrylic <i>Acrílico</i>		
Milk Protein <i>Proteína láctea</i>			Nut <i>Nueces</i>			Clove <i>Clavos de especias</i>			Seasonal <i>Alergia estacional</i>		
Other <i>Otros</i>			If other, please explain: <i>Si es otro, explique:</i>								

Dental Information

Please list any dental concerns you would like to review with your provider. Some examples are tooth pain, jaw pain, sensitivity, tooth fracture, frequent ulcers, dry mouth, or frequent gum bleeding. **Please Print.**

*Liste cualquier preocupación dental que le gustaría revisar con su proveedor. Algunos ejemplos son dolor de dientes, dolor de mandíbula, sensibilidad, fractura de dientes, úlceras frecuentes, sequedad de boca o sangrado frecuente de las encías. **Escriba en letra de imprenta.***

Concerns / Preocupaciones: _____



The questions on this form have been accurately answered. I understand that providing incorrect information can be dangerous to my/the patient's health. It is my responsibility to inform the dental office of any changes in medical status.

Las preguntas en este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud o la del paciente. Es mi responsabilidad informar al consultorio dental de cualquier cambio en el estado médico.

Signature of Patient/Parent/Legal Guardian: _____

Date: _____

Firma del paciente/padre/tutor legal: _____

Fecha: _____



SMILEBUILDERZ APPOINTMENT POLICY *POLÍTICA DE CITAS DE SMILEBUILDERZ*

Welcome to the Smilebuilderz dental family! As a member of our family, we are committed to providing you with the very best oral health care in addition to exceptional customer service. Missed appointments compromise our ability to provide you the quality of care and service we are committed to. An exclusive time is reserved specifically for you to meet with our provider for your appointment.

¡Bienvenido a la familia dental de Smilebuilderz! Como miembro de nuestra familia, estamos comprometidos a brindarle la mejor atención de salud bucal además de un excepcional servicio al cliente. Las citas perdidas comprometen nuestra capacidad de brindarle la calidad de atención y servicio con la que estamos comprometidos. Se reserva un horario exclusivo específicamente para que usted se reúna con nuestro proveedor para su cita.

- ◆ A **missed** appointment is when you *do not attend* a scheduled appointment.
*Una cita **perdida** es cuando no asiste a una cita programada.*
- ◆ A **rescheduled** appointment is when you *change* a scheduled appointment without giving 24 hours' notice.
*Una cita **reprogramada** es cuando cambia una cita programada sin previo aviso de 24 horas.*

We ask that you have no more than **two** rescheduled appointments with less than 24 hours' notice, and no more than **one** missed appointment in any twelve month period to maintain the privilege of scheduling your appointments. We will help remind you of your appointments through text message, email or courtesy phone call.

*Le pedimos que no tenga más de **dos** citas reprogramadas con menos de 24 horas de anticipación y no más de **una** cita perdida en cualquier período de doce meses para mantener el privilegio de programar sus citas. Lo ayudaremos a recordarle sus citas a través de un mensaje de texto, correo electrónico o una llamada telefónica de cortesía.*

Help us keep our commitment to you by making your scheduled appointments a priority.

Ayúdenos a mantener nuestro compromiso con usted haciendo de sus citas programadas una prioridad.

By signing below I acknowledge my responsibility in maintaining the privilege of scheduling and the impact of missing or rescheduling my dental appointments on the ability of Smilebuilderz to maintain their commitment to my oral health.

Al firmar a continuación, reconozco mi responsabilidad de mantener el privilegio de programar y el impacto de perder o reprogramar mis citas dentales en la capacidad de Smilebuilderz para mantener su compromiso con mi salud bucal.

Signature of Patient or Responsible Party
Firma del paciente o responsable

Date
Fecha

10/17/2017
17 oct 2017

New Patient Packet 2017
Paquete para pacientes nuevos 2017



SMILEBUILDERZ COMMITMENT *COMPROMISO DE SMILEBUILDERZ*

We are an elite team of professionals who set the standard for providing quality oral healthcare solutions. We are committed to providing you with up to date information and educational tools so that you may fully participate in maintaining optimum oral health.

Somos un equipo de élite de profesionales que establecen el estándar para brindar soluciones de calidad para el cuidado de la salud bucal. Estamos comprometidos en brindarle información actualizada y herramientas educativas para que pueda participar plenamente en el mantenimiento de una salud bucal óptima.

Our Smilebuilderz family is committed to:

Nuestra familia Smilebuilderz se compromete a:

- Delivering the **highest quality of care**.
*Brindarle la **más alta calidad de atención**.*
- Providing specialties in Endodontics, Orthodontics, Periodontics, Pediatric Dentistry and Oral Surgery allows us to deliver exceptional comprehensive care.
Ofrecerle especialidades en endodoncia, ortodoncia, periodoncia, odontopediatría y cirugía oral que nos permite brindar una atención integral excepcional.
- Being **accountable** to you for each and every procedure.
*Ser **responsable** ante usted de todos y cada uno de los procedimientos.*
- Offering you **convenient** evening and weekend appointments and emergency walk-in care six days a week.
*Ofrecerle citas **convenientes** por la noche y los fines de semana y atención de emergencia sin cita previa seis días a la semana.*
- Providing affordable dentistry
Ofrecerle odontología asequible.
- Utilizing the most **up-to-date technology** and materials available.
*Utilizar la **tecnología** y los materiales más **actualizados** disponibles.*

Our goal is to be *your partner in health for a lifetime*. We take our responsibility and commitments to you very seriously.

We ask that you strive for the following:

Nuestro objetivo es ser su socio en salud para toda la vida. Nos tomamos muy en serio nuestra responsabilidad y compromiso con usted. Le pedimos que se esfuerce en lo siguiente:

- To be committed to the appointment time you have reserved.
Estar comprometido con la hora de la cita que ha reservado.
- To be aware that any patient under 18 years of age will need to be accompanied by a legal guardian at all appointments.
Ser consciente de que cualquier paciente menor de 18 años deberá estar acompañado por un tutor legal en todas las citas.
- To be prepared with the appropriate estimated patient expense at your appointment.
Estar preparado con el gasto estimado apropiado del paciente en su cita.
 - Any estimated expense of \$500.00 or greater requires half down to be scheduled and the remaining balance will be due at the time of the appointment.
Cualquier gasto estimado de \$500,00 o más requiere que se programe la mitad del pago inicial y el saldo restante deberá pagarse en el momento de la cita.
 - Half of the estimated patient portion is due at time of scheduling for specialty services.
La mitad de la porción estimada del paciente debe pagarse en el momento de la programación de los servicios especializados.
- Notify us as soon as possible if you will be delayed by 5 minutes or more for any appointment.
Notifiquenos lo antes posible si se retrasará 5 minutos o más para alguna cita.



- Understand that all charges incurred on your account are your responsibility regardless of insurance coverage. Unpaid Insurance balances older than 60 days will become your responsibility. All fees quoted are estimates only and are based upon available benefits, current eligibility and are not a guarantee of payment from your insurance provider.

Comprenda que todos los cargos incurridos en su cuenta son su responsabilidad, independientemente de la cobertura de seguro. Los saldos de seguro impagos que tengan más de 60 días pasarán a ser su responsabilidad. Todas las tarifas citadas son solo estimaciones y se basan en los beneficios disponibles, la elegibilidad actual y no son una garantía de pago por parte de su proveedor de seguros.

I HAVE READ AND ACCEPT TERMS AND CONDITIONS OF THIS AGREEMENT. I AUTHORIZE MY INSURANCE COMPANY TO PAY MY DENTAL BENEFITS DIRECTLY TO SMILEBUILDERZ.
HE LEÍDO Y ACEPTO LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTE ACUERDO. AUTORIZO A MI COMPAÑÍA DE SEGUROS A PAGAR MIS BENEFICIOS DENTALES DIRECTAMENTE A SMILEBUILDERZ.

Printed Name of Patient

Nombre en letra de imprenta del paciente

Signature of Patient or Responsible Party

Firma del paciente o responsable

Date

Fecha

10/8/19
8 oct 2019

New Patient Packet
Paquete para pacientes nuevos



SMILEBUILDERZ FINANCIAL POLICY ***POLÍTICA FINANCIERA DE SMILEBUILDERZ***

Thank you for choosing Smilebuilderz as your dental health care provider. We are committed to the success of your treatment. Part of the commitment is your understanding and responsibility for the payment of your account balance. *Gracias por elegir a Smilebuilderz como su proveedor de atención de salud dental. Estamos comprometidos con el éxito de su tratamiento. Parte del compromiso es su comprensión y responsabilidad por el pago del saldo de su cuenta.*

Our basic financial policy is the following:
Nuestra política financiera básica es la siguiente:

FULL PAYMENT OF ESTIMATED RESPONSIBILITY IS DUE AT THE TIME OF SERVICE.
EL PAGO TOTAL DE LA RESPONSABILIDAD ESTIMADA SE DEBE EN EL MOMENTO DEL SERVICIO.
Smilebuilderz accepts cash, check, Visa/MasterCard, Discover, American Express and special financing through Care Credit and Wells Fargo.
Smilebuilderz acepta efectivo, cheque, Visa/MasterCard, Discover, American Express y financiación especial a través de Care Credit y Wells Fargo.

ADULT AND MINOR PATIENTS: **PACIENTES ADULTOS Y MENORES:**

Adult patients are responsible for full payment of estimated responsibility at the time of service unless specific arrangements are made prior to the start of treatment. The parent accompanying a minor and the parents/guardians are responsible for full payment of estimated responsibility at time of service.
Los pacientes adultos son responsables del pago total de la responsabilidad estimada en el momento del servicio, a menos que se hagan arreglos específicos antes del inicio del tratamiento. El padre que acompaña a un menor y los padres o tutores son responsables del pago total de la responsabilidad estimada en el momento del servicio.

REGARDING INSURANCE: **SOBRE SEGUROS:**

We will accept assignment of participating insurance plans and will submit dental claims on our patient's behalf. Your insurance policy is a contract between you and your insurance company. Smilebuilderz is not a party to that contract. Any insurance bill not settled within 60 days will be due in full. You agree to pay our practice all amounts billed regardless of the amount covered by your insurance.
Aceptaremos la asignación de planes de seguro participantes y presentaremos reclamos dentales en nombre de nuestro paciente. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Smilebuilderz no es parte de ese contrato. Cualquier factura de seguro que no se liquide dentro de los 60 días deberá pagarse en su totalidad. Usted acepta pagar a nuestro consultorio todas las cantidades facturadas independientemente de la cantidad cubierta por su seguro.

Please be aware that some and perhaps all of the services provided may be non-covered services. You are responsible for the entire balance no matter what the outcome is with your insurance provider. Our estimate of expected coverage does not constitute a representation or guarantee that your benefit provider will pay the amount estimated.

Tenga en cuenta que algunos y quizás todos los servicios proporcionados pueden ser servicios no cubiertos. Usted es responsable del saldo total sin importar cuál sea el resultado con su proveedor de seguros. Nuestra estimación de la cobertura esperada no constituye una representación ni garantía de que su proveedor de beneficios pagará la cantidad estimada.

USUAL AND CUSTOMARY RATES **TARIFAS USUALES Y HABITUALES**

You are responsible for payment regardless of any insurance company's arbitrary determination of usual and customary rates. We will take reasonable and proper steps to help you receive the maximum insurance benefits allowed by your insurance plan.
Usted es responsable del pago independientemente de la determinación arbitraria de las tarifas usuales y habituales de cualquier compañía de seguros. Tomaremos las medidas razonables y adecuadas para ayudarlo a recibir los máximos beneficios de seguros permitidos por su plan de seguro.



PATIENT RESPONSIBILITY AND ADDITIONAL TERMS
RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE Y TÉRMINOS ADICIONALES

Inability to comply with your payment agreement may lead to dismissal from the practice after three consecutive missed payments. If you or anyone in your family are in orthodontic treatment after three payments have been missed, the only treatment you or your family member will only be eligible for will be de-banding with no retainer.

La incapacidad de cumplir con su acuerdo de pago puede conducir al retiro del consultorio después de tres pagos atrasados consecutivos. Si usted o alguien de su familia están en tratamiento de ortodoncia después de que se hayan perdido tres pagos, el único tratamiento para el que usted o su familiar serán elegibles será la eliminación de las bandas sin retenedor.

Should you fail to comply with the terms of this financial policy and Smilebuilderz pursues collection of your unpaid balance, you agree to pay a 25% upcharge to defray the collection costs incurred by the practice, in addition to any balance due. This includes but is not limited to, collection fees, court costs, and reasonable attorney's fees.

Si no cumple con los términos de esta política financiera, y Smilebuilderz busca el cobro de su saldo impago, acepta pagar un recargo del 25 % para sufragar los costos de cobro incurridos por el consultorio, además de cualquier saldo adeudado. Esto incluye, entre otras, tarifas de cobro, costos judiciales y honorarios razonables de abogados.

The listed items are custom-made for you by our laboratories and cannot be refunded in full if you decide to discontinue treatment. You agree to be assessed the accompanying fees in lieu of your full treatment price for the following procedures if not completed within six calendar months.

Los artículos listados están hechos a medida por nuestros laboratorios y no se puedan reembolsar en su totalidad si decide interrumpir el tratamiento. Usted acepta que se evalúen las tarifas adjuntas en lugar del precio total del tratamiento para los procedimientos a continuación si no se completan dentro de los seis meses calendario.

Partials/Dentures (per arch).....	\$400
<i>Prótesis dentales totales o parciales (por arco).....</i>	<i>\$400</i>
Implant Crowns and Custom Abutments (per item).....	\$900
<i>Coronas de implantes y pilares personalizados (por artículo)</i>	<i>\$900</i>
All other undelivered services (per item)	\$200
<i>Todos los demás servicios no efectuados (por artículo)</i>	<i>\$200</i>

Thank you for understanding our Financial Policy. Please let us know if you have any questions or concerns.
Gracias por entender nuestra Política financiera. Háganos saber si tiene alguna pregunta o inquietud.

I have read the Financial Policy. I understand and agree to the terms of the Financial Policy of the office of Smilebuilderz, LLC.

He leído la Política financiera. Entiendo y acepto los términos de la Política financiera del consultorio de Smilebuilderz, LLC.

Signature of Patient or Responsible Party
Firma del paciente o responsable

Date
Fecha

Signature of Co-Responsible Party
Firma del corresponsable

Date
Fecha

1/9/20
9 ene 20

New Patient Packet
Paquete para
pacientes nuevos



CONSENT FOR USE AND DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

SECTION A: PATIENT GIVING CONSENT

SECCIÓN A: CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Printed Name of Patient

Nombre en letra de imprenta del paciente

DOB

Fecha de nacimiento

SECTION B: TO THE PATIENT—PLEASE READ THE FOLLOWING STATEMENTS CAREFULLY SECCIÓN B: AL PACIENTE: LEA CUIDADOSAMENTE LAS DECLARACIONES A CONTINUACIÓN

Purpose of Consent: By signing this form, you will consent to our use and disclosure of your protected health information to carry out treatment, payment activities, and healthcare operation.

Propósito del consentimiento: *al firmar este formulario, da su consentimiento para que usemos y divulguemos su información de salud protegida para poder llevar a cabo el tratamiento, las actividades de pago y la operación de atención médica.*

Notice of Privacy Practices: You have the right to read our Notice of Privacy Practices before you decide whether to sign this Consent. Our Notice provides a description of our treatment, payment activities, and healthcare operations, of the uses and disclosure we may make of your protected health information, and of other important matters about your protected health information. A copy of our Notice accompanies this Consent. We encourage you to read it carefully and completely before signing this Consent.

Aviso de prácticas de privacidad: *tiene derecho a leer nuestro Aviso de prácticas de privacidad antes de decidir si firma este consentimiento. Nuestro Aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago y de atención médica, los usos y divulgaciones que podríamos hacer de su información médica protegida y de otros asuntos importantes sobre su información médica protegida. Una copia de nuestro Aviso acompaña este consentimiento. Lo alentamos a que lo lea de forma atenta y completa antes de firmar este consentimiento.*

We reserve the right to change our privacy practices as described in our Notice of Privacy Practices. If we change our privacy practices, we will issue a revised Notice of Privacy Practices, which will contain the changes. Those changes may apply to any of your protected health information that we maintain.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad como se describe en nuestro Aviso de prácticas de privacidad. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, emitiremos un Aviso de prácticas de privacidad revisado, que contendrá los cambios. Esos cambios pueden aplicarse a cualquier parte de su información de salud protegida que mantenemos.

Right to Revoke: You will have the right to revoke this Consent at any time by giving us written notice of your revocation submitted to the HIPAA Privacy Officer. Please understand that revocation of this Consent will not affect any action we took in reliance on this Consent before we received your revocation, and that we may decline to treat you or to continue treating you if you revoke this Consent.

Derecho de revocación: *tendrá derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento dándonos una notificación por escrito de su revocación enviada al Oficial de Privacidad de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPPA). Comprenda que la revocación de este consentimiento no afectará ninguna acción que hayamos tomado con base en él antes de recibir su revocación, y que podemos negarnos a tratarlo o continuar tratándolo si lo revoca.*



SIGNATURE

FIRMA

I, _____ have had full opportunity to read and consider the contents of this Consent form and your Notice of Privacy Practices. I understand that, by signing this Consent form, I am giving my consent to your use and disclosure of my protected health information to carryout treatment, payment activities and health care operations.

Yo, _____, he tenido plena oportunidad de leer y considerar el contenido de este formulario de consentimiento y su Aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que, al firmar este formulario de Consentimiento, doy mi consentimiento para que usen y divulguen mi información médica protegida para llevar a cabo actividades de tratamiento, pago y atención médica.

Signature of Patient or Responsible Party
Firma del paciente o responsable

Date
Fecha

**YOU ARE ENTITLED TO A COPY OF THIS CONSENT AFTER YOU SIGN IT.
USTED TIENE DERECHO A UNA COPIA DE ESTE CONSENTIMIENTO DESPUÉS DE FIRMARLO.**

**Include completed Consent in the patient's chart.
Incluya el consentimiento completo en el expediente del paciente.**

**RELEASE OF INFORMATION
DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

I, _____, authorize Smilebuilderz to release my information to the following:
Yo, _____, autorizo a Smilebuilderz a divulgar mi información a los siguientes:

Name <i>Nombre</i>	Relationship <i>Parentesco/relación</i>	Date <i>Fecha</i>	Initials <i>Iniciales</i>

1/15/2020
15 ene 2020

New Patient Packet
Paquete para pacientes nuevos