



**PATIENT CONSENT FOR USE AND DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)
ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

I acknowledge that I have been provided with MINT DENTAL, "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.

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA USAR Y COMPARTIR INFORMACION PERSONLA DE SALUD Y
CONFIRMACION DE RECIBO DE LA NOTA DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

Confirmo que se me ha proveido con la "Nota de Practicas de Privacidad" de MINT DENTAL, y doy mi consentimiento para usar y compartir informacion personal de salud como lo permita y/o la ley.

Patient Name: (please print) _____

Nombre del Paciente (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: (dd/mm/yy) _____

Fecha (dd/mm/aa)

**EMAIL/TEXT MESSAGE TO MOBILE PHONE CONSENT FORM
CONSENTIMIENTO DE CORREO ELECTRONICO/MENSAJES DE TEXTO A MOVIL**

Purpose: This form is used to obtain your consent to communicate with you by email/mobile text messaging regarding your Protected Health Information. MINT DENTAL, (MD) offers patients the opportunity to communicate by email/mobile text messaging. Transmitting patient information by/mobile text messaging has a number of risks that should consider before granting consent to use email/mobile text messaging for these purposes. MD will use reasonable means to protect security and confidentiality of email/mobile text messaging information sent and received. However, MD 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 MD and me and consent to the conditions outlined herein. Any questions I may have had were answered.

Propósito: Este formulario se utiliza para obtener su consentimiento para comunicarnos con usted por correo electrónico / mensajería de texto móvil con respecto a su información médica protegida. MINT DENTAL, (MD) ofrece a los pacientes la oportunidad de comunicarse por correo electrónico / mensajería de texto móvil. La transmisión de la información del paciente por mensajería de texto / móvil tiene una serie de riesgos que se deben tener en cuenta antes de otorgar el consentimiento para utilizar el correo electrónico / mensajería de texto móvil para estos fines. MD utilizará los medios razonables para proteger la seguridad y confidencialidad de correo electrónico / información de mensajes de texto de móvil enviados y recibidos. Sin embargo, MD no puede garantizar la seguridad y confidencialidad de correo electrónico / comunicación de mensajes de texto móvil y no será responsable por la divulgación inadvertida de información confidencial.

Yo reconozco que he leído y entendido este formulario de consentimiento. Entiendo los riesgos asociados a la comunicación de los mensajes de correo electrónico / texto móvil entre MD y yo y consentimiento a las condiciones descritas en el presente documento. Cualquier pregunta que puede haber tenido fueron contestadas.

Patient acknowledgment & Agreement / Reconocimiento y Acuerdo del Paciente

My consented email address is: _____

Mi correo electrónico consentido es :

My consented for Text Messaging to: _____

Mi mensaje de textos consentido a :

Patient Signature (or legal representative): _____

Firma del Paciente (o representante legal)

Date: (dd/mm/yy) _____

Fecha: (dd/mm/aa)