



**FORMA DE PERMISO PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA Y  
RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE NOTIFICACIÓN DE  
PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**Por favor incluya a cualquier/todos los niños y niñas que se está dando  
autorización para:**

- \_\_\_\_\_, el menor nacido \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,
- \_\_\_\_\_, el menor nacido \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,
- \_\_\_\_\_, el menor nacido \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,
- \_\_\_\_\_, el menor nacido \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,
- \_\_\_\_\_, el menor nacido \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,
- \_\_\_\_\_, el menor nacido \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,

Yo, \_\_\_\_\_ doy mi permiso a Pediatric Dental Specialists,PA y a mi pediatra o  
Padre/Guardián Legal

proveedor de cuidado de salud para proporcionar información con respecto a la salud general o salud dental de mi hijo/ mis hijos como consideran necesario.

Entiendo que puedo recibir una copia escrita de este Aviso de la oficina de Prácticas de Privacidad a petición mía.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Uso de la Oficina Solamente**

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Medical Release and Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (Please Specify)

Form 22S- Rev. 09.18