



Susan E. Vickers, DMD, PA  
6512A Deer Pointe Drive  
Salisbury, MD 21804  
410-749-0009

**Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad**

Susan E. Vickers, DMD, PA "Aviso de Prácticas de Privacidad" proporciona información acerca de cómo podemos utilizar y divulgar su información médica protegida acerca de usted. Por favor, acusar recibo de la notificación de esta oficina de prácticas de privacidad por sus iniciales a continuación.

\_\_\_\_\_ Inicial

Nuestra "Aviso de Prácticas de Privacidad" se afirma que nos reservamos el derecho de modificar los términos como se describe.

\_\_\_\_\_ Inicial

Usted tiene el derecho de solicitar restricciones sobre cómo nuestra información de salud protegida puede ser usada o revelada para tratamiento, pago o atención médica. No estamos obligados a aceptar sus restricciones, pero si lo hacemos, estamos obligados por nuestro acuerdo con usted.

\_\_\_\_\_ Inicial

Al firmar este formulario, usted da su consentimiento a nuestro uso y divulgación de la información médica protegida acerca de usted para las opciones de tratamiento, pago y atención médica. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, a menos que ya hemos hecho las revelaciones en la confianza en su previo consentimiento.

\_\_\_\_\_ Inicial

Nombre del niño(s)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma del padre o guardián)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

**POR FAVOR LEA Y FIRME EL FORMULARIO AL REVERSO DE ESTA PAGINA**



Susan E. Vickers, DMD, PA  
6512A Deer Pointe Drive  
Salisbury, MD 21804  
410-749-0009

Yo \_\_\_\_\_ doy mi permiso para autorizar que las personas abajo pueden traer mi(s) hijo(s) a la oficina de Dr. Vickers por cualquier y todas las citas con la dentista y cualquier tratamiento al niño(a) pueda necesitar. Esto sería alguien que no sea los padres o guardián legal.

Personas autorizadas:

---

---

---

Nombre del hijo (hijos):

---

---

---

\_\_\_\_\_  
(Firma del padre o guardián)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)