



---

**ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT AND  
CONSENT FOR USE AND DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION  
AND  
PATIENT ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF DENTAL MATERIALS FACT SHEET**

---

\*You May Refuse to Sign This Acknowledgement\*

**TO THE PATIENT --- PLEASE READ THE FOLLOWING STATEMENTS CAREFULLY**

**Purpose of Consent:** By signing this form, you acknowledge the receipt of this dental office's Privacy Practices and you consent to our use and disclosure of your protected health information to carry out treatment, payment activities, and healthcare operations.

**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 Office Manager of the location. 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.

**Dental Materials Fact Sheet:** This is information provided by the Dental Board of California to advise patients of the types of materials used in the dental office. By signing this form you acknowledge receipt of the fact sheet.

---

I, \_\_\_\_\_, have received a copy of this office's Notice of Privacy Practices and authorize their used and or disclosure of my protected health information for treatment, payment and healthcare operations.

In addition, I have received a copy of the Dental Materials Fact Sheet dated May 2004.

\_\_\_\_\_  
Patient/Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

---

For Office Use Only

---

**We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices and/or Dental materials Fact Sheet, but acknowledgement could not be obtained because:**

- Individual refused to sign acknowledgement for HIPAA/DMFS (circle one)
  - Communications barrier prohibited obtaining the acknowledgement/consent
  - An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement/consent
  - Other (Please Specify)
-



---

**ACUSE DE RECIBO Y AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN DE SALUD  
Y ACUSE DE RECIBO DEL PACIENTE DE LA HOJA DE INFORMACIÓN DE MATERIALES DENTALES**

---

\*Usted Puede Rehusarse a Firmar Este Acuse de Recibo\*

**AL PACIENTE --- POR FAVOR LEA LAS SIGUIENTES DECLARACIONES CUIDADOSAMENTE**

**Propósito del consentimiento:** Al firmar esta forma, usted reconoce haber recibido de nuestra oficina el Aviso de las Practicas De Privacidad y autoriza a nuestra oficina a usar y revelar su información de salud protegida para llevar al cabo su tratamiento, actividades de pago y procedimientos relacionados con el cuidado de su salud.

**Derecho Revocar:** Usted tiene el derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento, para hacerlo, entregue su petición por escrito al gerente o administrador de su oficina local. Por favor entienda que la revocación de este consentimiento no afectara ninguna acción que haya sido tomada bajo el resguardo de este consentimiento antes de recibir dicha revocación, y que si usted revoca este consentimiento podríamos negarnos a continuar su tratamiento.

Hoja de Información de Materiales Dentales: Esta es información proporcionada por el Consejo Dental De California para informar a los pacientes acerca de los tipos de materiales usados en la oficina dental. Al firmar esta hoja afirma el haber recibido La Hoja de Información de Materiales Dentales.

---

Yo, \_\_\_\_\_, he recibido una copia del aviso de esta oficina del Aviso las Practicas de Privacidad y autorizo a esta oficina a usar y revelar mi información de salud protegida para llevar al cabo mi tratamiento, actividades de pago y procedimientos relacionados con el cuidado de su salud.

Tambien he recibido una copia de la hoja de Información de Materiales Dentales, fechada en Mayo de 2004.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre, Madre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

---

Para el uso de la Oficina Solamente

---

**We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices and/or Dental materials Fact Sheet, but acknowledgement could not be obtained because:**

- Individual refused to sign acknowledgement for HIPAA/DMFS (circle one)
- Communications barrier prohibited obtaining the acknowledgement/consent
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement/consent
- Other (Please Specify)

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

---

\*Usted Puede Rehusarse a Firmar Este Reconocimiento\*