

**Forma de Consentimiento de las Regulaciones del HIPAA**

Entiendo que tengo ciertos derechos de privacidad en relacion a la informacion sobre mi salud. Estos derechos los tengo bajo HIPAA de 1996-Health Insurance Portability and Accountability Act. Entiendo que al firmar este consentimiento autorizo a usar y a disponer de la informacion protegida sobre mi salud para:

Tratamiento (incluyendo tratamiento directo o indirecto de otros proveyentes de salud involucrados en mi tratamiento:

Obtener pagos de otros (ej. mi co. aseguradora)

Operaciones diarias de salud

Tambien fui informado y me dieron el derecho de revisar y guardar una copia de informacion sobre Practicas Privadas, que contiene una mejor y completa descripcion de los usos de la disposicion de mi informacion de salud y mis derechos bajo HIPAA. Entiendo que ustedes se reservan el derecho de cambiar los terminos mencionados de vez en cuando y que puedo localizarlos en cualquier momento para poder obtener la copia mas recientes.

Entiendo que tengo el derecho de pedir restricciones de como esta informacion sobre mi salud es usada para poder llevar a cabo mi tratamiento, pagos, operaciones de cuidado de salud, pero, que no tienen ustedes que estar de acuerdo con dichas restricciones. Sin embargo, si ustedes estan de acuerdo con las restricciones, entonces estan obligadas a cumplirlas.

Entiendo que puedo revocar en cualquier momento este permiso por escrito. Sin embargo cualquier uso que ocurra antes de la fecha, que se revoco el permiso, este no sera afectado.

Tenemos permiso para:

Enviarle un recordatorio de la cita a su casa? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Dejar cuentas de citas o informacion dental en su grabadora, correo electronico? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Doy permiso para compartir citas, cuentas o Informacion dental con la persona o personas Mencionadas \_\_\_\_\_

Firmado hoy \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Nombre paciente (letra de molde) \_\_\_\_\_

Relacion con paciente \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_