

## CONSENTIMIENTO DE HIPPA PARA EL PACIENTE

Yo entiendo que tengo el derecho a privacidad refiriéndose a mi información de salud. Estos derechos son dados a mi bajo la Health Insurance Portability Accountability Act del 1996 (HIPPA). Yo entiendo que en cuanto yo firme este formulario de consentimiento yo autorizo que ustedes usen esta información que está protegida solamente para:

- Tratamiento (incluyendo directo o indirecto tratamiento por otros proveedores de salud envueltos en mi tratamiento)
- Para obtener pagos de pagadores que están envueltos con mi caso (seguros, otros...)
- La gente que día a día me atiende en esta oficina por el bien de mi salud.

También e sido informado/a de tener derecho a una copia y revisar las notificaciones de este consentimiento. Yo sé que usted tiene el derecho a cambiar este consentimiento con el tiempo y yo tengo el derecho a llamar y preguntar por la copia nueva actualizada de este consentimiento.

Yo entiendo que tengo el derecho a poner y requerir restricciones y tengo el derecho hacer cambios el día que yo quiera. Puedo hacer restricciones para que mi información no sea transferida a ciertos proveedores si eso está a mi alcance pero también entiendo que si ustedes no están de acuerdo con mis restricciones que yo requiero entonces no podrán ser complacidas. Pero si usted si están de acuerdo entonces ustedes se compromete a seguir mis requisitos.

También entiendo que yo tengo el derecho a cancelar este consentimiento el día que yo guste, al menos que hayan dado información a cualquiera de los que autorizo antes del cancelamiento de este consentimiento. En ese caso no serían afectados ustedes como proveedores.

### A quien contactar:

Yo le doy mi permiso al Doctor William Meza, D.D.S y Dra. Fabiana Melo, D.D.S y su equipo de trabajadores para darle cualquier información relacionada con mi salud/ Dental con los siguientes miembros familiares o personal:

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

( ) Yo no autorizo ni doy permiso que familiares o amistades personales tengan acceso a cualquier información que sea relacionada a mi historia dental o salud.

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Firma de Paciente/Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_