

## **AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD CONFORME CON LA LEY HIPAA**

Entiendo que bajo la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida. Entiendo que esta información puede y será usada para:

- Realizar, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre múltiples proveedores de atención médica que pueden participar en ese tratamiento indirectamente
- Obtener pagos de un tercero
- Realizar operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de certificaciones médicas

He recibido, leído y entiendo su Aviso de Prácticas de Privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad de vez en cuando y que puedo contactar esta organización en cualquier momento a la dirección incluida en este documento para obtener una copia actual del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que se restrinja cómo se usa o se divulga mi información privada para llevar a cabo mi tratamiento, pagos o atención médica. También entiendo que la práctica de la Dra. Diana Rodriguez no está obligada a aceptar las restricciones solicitadas, pero si está de acuerdo, se verán obligados a cumplir con dichas restricciones.

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_

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

Fecha: \_\_\_\_\_