

HIPAA CONSENT FORM

Patient's Name: _____ (Nombre del Paciente)

Date of Birth: _____ (Fecha de Nacimiento)

I understand that I have certain rights to privacy regarding my protected health information. These rights are given to me under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA). I understand that by signing this consent I authorize you to use and disclose my protected health information to carry out:

- * Treatment (including direct and indirect treatment by other healthcare providers involved in my treatment)
- * Obtaining payment from third party payers (e.g. my insurance company)
- * The day-to-day healthcare operations of your practice

I have also been informed of, and given the right to review and secure a copy of your Notice of Privacy Practices, which contains a more complete description of the uses and disclosures of my protected health information, and my rights under HIPAA. I understand that you reserve the right to change the terms of this notice from time to time and that I may contact you at any time to obtain the most current copy of this notice.

I understand that I have the right to request restrictions on how my protected health information is used and disclosed to carry out treatment, payment, and healthcare operations, but that you are not required to agree to these requested restrictions. However, any use of disclosure that occurred prior to the date I revoke this consent is not affected.

Patient/Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

FORMA DE CONSENTIMIENTO HIPAA

Yo entiendo que tengo ciertos derechos a la intimidad con respecto a mi salud. Estos derechos son dados a mi bajo la Transportabilidad de Seguro de Enfermedad y Acto de Responsabilidad (HIPAA) de 1996. Entiendo que firmando este consentimiento le autorizo utilizar y a divulgar mi informacion protegida de salud para realizar:

- * Tratamiento (incluyendo directo y indirecto por otros proveedores de asistencia sanitaria implicados en mi tratamiento)
- * Obteniendo pagos de pagadores de terceros(e.g. mi compania de seguros)
- * Las operaciones diarias de la asistencia de su practica.

He sido informado tambien de, y dado el derecho de revisar y asegurar una copia de la Nota de Practicas de Intimidad, que contiene una descripcion mas completa de los usos y revelaciones de mi informacion, y bajo mi derecho de HIPAA. En ella entiendo que usted merece el derecho de cambiar los terminos de este aviso de vez en cuando y que puedo contactar esta practica para obtener la copia mas actual de este aviso.

Yo entiendo que tengo el derecho de solicitar que las restricciones en como mi informacion protegida de salud se utiliza y es revelada para llevar a cabo tratamiento, pago, y operaciones del healthcare, pero eso no le requiere estar acuerdo con estas restricciones solicitadas. Sin embargo, ningun uso de la revelacion que ocurrio antes de la fecha que yo revoco este consentimiento no se afecta.

Firma del Paciente/Pariente: _____ Fecha: _____

Médico de la firma: _____ Fecha: _____