

MARTINEZ DENTAL SOLUTIONS

NORMA DE PRIVACIDAD HIPAA - ACUERDO DE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Autorización para la Revelación de Información Confidencial de Salud para Tratamiento, Pago o Cuidado Médico (§164.508(a))

Yo, _____ (el nombre del paciente), entiendo que como parte de mi cuidado de salud, esta oficina crea y mantiene los documentos médicos que describen mi historial médico, síntomas, exámenes y los resultados, diagnósticos, tratamiento y cualquier plan para futuro cuidado o tratamiento. Yo entiendo que esta información sirve como:

- una base para planear mi cuidado y tratamiento;
- un medio de comunicación entre profesionales del campo médico que pueden contribuir a mi cuidado médico;
- una fuente de información de cómo aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi cuenta;
- un medio por el cual un pagador puede verificar que los servicios cobrados hayan sido proporcionados; y
- un medio para operaciones rutinarias de cuidado médico tales como determinación de calidad y completa sobre los usos y revelaciones de información.

Entiendo que puedo solicitar una copia del *Aviso de Prácticas de Privacidad*, que provee una descripción más completa sobre los usos y revelaciones de información.

Entiendo que como parte de mi cuidado y tratamiento puede ser necesario proveer a otra entidad mi Información Confidencial Médica. Yo tengo el derecho de revisar el aviso de esta oficina antes de firmar esta autorización. Autorizo la revelación de mi Información Confidencial Médica como será especificado posteriormente para los propósitos y a los grupos indicados por mí.

NORMA DE PRIVACIDAD HIPAA - CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Consentimiento para la Revelación de Información Confidencial de Salud para Tratamiento, Pago o Cuidado Médico (§164.506(a))

Yo entiendo que:

- tengo el derecho de revisar el *Aviso de Prácticas de Privacidad* de esta oficina antes de firmar este consentimiento;
- que esta oficina reserva su derecho de cambiar el aviso y las prácticas, y que si lo solicito enviará una copia del aviso editado a la dirección que he dado antes de ponerlo en práctica;
- tengo el derecho de solicitar restricciones en cuanto a cómo mi Información Confidencial Médica puede ser usada o revelada para realizar tratamiento, pago o cuidado médico y que no es requerido por la ley que esta oficina esté de acuerdo con las restricciones solicitadas; y
- puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento excepto hasta el punto que esta oficina ya haya tomado acción, dependiendo del consentimiento escrito.

Nombre del Representante Legal – si aplica: _____

Firma del Paciente o Representante Legal: _____

Fecha: _____

NORMA DE PRIVACIDAD HIPAA - RECIBO DE NOTICIA DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD
FORMA DE RECONOCIMIENTO ESCRITA

Reconocimiento de Recibo de la Noticia de Práctica de Privacidad (§164.520(a))

Yo, _____ (el nombre del paciente), entiendo que como parte de mi cuidado de salud, esta oficina crea y mantiene los documentos médicos que describen mi historial médico, síntomas, exámenes y los resultados, diagnósticos, tratamiento y cualquier plan para futuro cuidado médico o tratamiento. Yo reconozco que se me ha proporcionado y entiendo que el ***Aviso de Prácticas de Privacidad*** de esta oficina provee una descripción completa del uso y revelación de mi información médica. Yo entiendo que:

- tengo el derecho de revisar el ***Aviso de Prácticas de Privacidad*** de esta oficina antes de firmar esta forma; y
- que esta oficina reserva su derecho de cambiar el ***Aviso de Prácticas de Privacidad*** y que enviará una copia del aviso editado a la dirección que he dado antes de ponerlo en práctica, si lo solicito.

Nombre del Representante Legal – si aplica: _____

Firma del Paciente o Representante Legal: _____

Fecha: _____