



**RECONOCIMIENTO NOTIFICACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

Mi firma confirma que he sido informado de mis derechos a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida, bajo el Health Insurance Portability & Accountability Act de 1996 (HIPPA). Entiendo que esta información puede y será usado para:

- Proporcionar y coordinar mi tratamiento entre un número de médicos que pueden estar involucrados en ese tratamiento, directa e indirectamente
- Obtener el pago de terceros pagadores por mis servicios de salud
- Realizar operaciones de atención médica normales como actividades de evaluación y mejora de la calidad

He sido informado de aviso de prácticas de mi proveedor dental de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de salud protegida. Me ha dado el derecho a revisar y recibir una copia de dicha notificación de prácticas de privacidad. Yo entiendo que mi proveedor dental tiene el derecho a modificar el aviso de prácticas de privacidad y que yo pueda comunicarme con esta oficina a la dirección de arriba para obtener una copia actualizada del aviso de prácticas de privacidad.

Yo entiendo que yo puedo solicitar por escrito que usted limite cómo mi información privada es usada o divulgada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención de salud y tengo entendido que usted no está obligado a aceptar mis peticiones, pero si usted está de acuerdo entonces están obligados a acatar esas restricciones.

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

Firma del paciente/Representante Legal: \_\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_

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

Miembros de familia dependientes también cubiertos por este reconocimiento:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**USO PARA LA OFICINA SOLAMENTE**

I have attempted to obtain the patient's signature on this form, but was not able to for the following reason:

\_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Initials: \_\_\_\_\_