

# 2025 (Spanish) HIPAA Form

---

## Acknowledgement of Privacy Practices

Mi firma confirma que he sido informado de mis derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida, en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA). Entiendo que esta información puede y se usará para:

- Proporcionar y coordinar mi tratamiento entre una serie de proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en el tratamiento directa e indirectamente.
- Obtener el pago de terceros pagadores por mis servicios de atención médica.
- Llevar a cabo operaciones normales de atención médica, como actividades de evaluación y mejora de la calidad.

He sido informado del Aviso de Prácticas de Privacidad de mi proveedor dental que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud protegida. Se me ha dado el derecho de revisar y recibir una copia de dicho Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo que mi proveedor dental tiene el derecho de cambiar el Aviso de Prácticas de Privacidad y que puedo comunicarme con esta oficina para obtener una copia actual del Aviso de Práctica de Privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que esta oficina restrinja cómo se usa o divulga mi información privada para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica y entiendo que esta oficina no está obligada a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si se acuerda, entonces esta oficina está obligada a cumplir con tales restricciones.

**Autorizo la divulgación de información a la(s) persona(s) enumerada a continuación. Liste a cualquier miembro de la familia, amigo, etc. Tenemos permiso para hablar con respecto a su información. Si no desea que compartamos información, escriba "NINGUNO":**

Lista de personas con las que podemos compartir información:  
-

Nombre Completo de Paciente  
-

Relacion a Paciente  
-

Si es "Otro", especifique quién  
-

Firma del Paciente/Tutor Legal (ESign)  
Date :

Fecha  
-