



Health Insurance Portability & Accountability Act (HIPAA)

Nombre de paciente		Fecha de nacimiento
Nombre de padre	Nombre de madre	
<p>Me han informado y entiendo la Ley de transferencia y responsabilidad de seguros de salud (HIPAA), tengo ciertos derechos a mi privacidad respecto a mi información de salud. Yo entiendo que esta información puede y será utilizada:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Proporcionar y coordinar el tratamiento de mi hijo(a) entre los proveedores y agencia de atención médica que pueden estar involucrados en el tratamiento directa o indirectamenteb) Obtener pago de la tercera persona.c) Realizar operaciones sanitarias normales como evaluaciones de calidad, actividades, y certificaciones médicas. <p>Yo confirmo que me han ofrecido el Aviso de Prácticas de Privacidad que contiene una descripción completa de los usos y divulgaciones de la información médica de mi hijo(a). Yo entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar Avisos de Prácticas de Privacidad y puedo contactar la organización a cualquier momento para obtener el actual copia de Avisos de Prácticas de Privacidad. Yo entiendo que puedo pedir una copia de como la información médica mi hijo(a) a sido utilizada o divulgaciones para llevar a cabo el tratamiento, pago, o atención médica. Yo también entiendo que tu tienes el derecho a no estar de acuerdo con mis restricciones solicitadas. Pero si tu estas de acuerdo entonces tu estas obligado a compilar dichas restricciones.</p>		
Firma		Fecha
Nombre (Escrito)		