

# AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA Y OTRAS INFORMACIONES



Según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), usted tiene ciertos derechos con respecto al uso y divulgación de su información médica protegida. Estos derechos son más completos descrito en el Aviso de prácticas de privacidad de Midwest Dental, actualizado a partir del 12 de abril de 2019. Se le permite revisar nuestro Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. Le proporcionaremos una copia del Aviso de prácticas de privacidad revisado cuando lo solicite.

## **Autorización de divulgación de PHI**

Autorizo a Midwest Dental a divulgar mi salud y otra información sobre mí y el tratamiento que estoy recibiendo de Midwest Dental, incluida la información médica protegida ("PHI"), a los siguientes destinatarios:

- Nombre de la persona # 1: \_\_\_\_\_ Relación contigo: \_\_\_\_\_

Propósito de la divulgación:

Esta divulgación es a solicitud del individuo, a menos que aquí se indique otro propósito.

---

- Nombre de la persona # 2: \_\_\_\_\_ Relación contigo: \_\_\_\_\_

Propósito de la divulgación:

Esta divulgación es a solicitud del individuo, a menos que aquí se indique otro propósito.

---

Entiendo que Midwest Dental no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios si yo firmo este formulario de autorización.

## **Revocación de autorización**

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una solicitud de revocación por escrito al oficial de privacidad de Midwest Dental o completando un nuevo formulario de *Autorización para divulgar información médica y otras informaciones*. Entiendo que puedo no revocar esta autorización con respecto a las divulgaciones que mi proveedor de atención médica dental ya haya hecho en confianza en esta autorización. Si revoco esta autorización, mi proveedor de atención médica dental ya no usará ni divulgará mi información médica por las razones cubiertas por esta autorización, excepto en la medida en que ya se haya basado en esta autorización. Entiendo que cuando mi proveedor de atención médica dental divulga información de conformidad con esta autorización, es posible que la información ya no esté protegida por las reglas de privacidad federales o estatales y puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario de la información. Entiendo que esta autorización vencerá 5 años después de la fecha de la firma a continuación, a menos que revoque hacerlo por escrito o indicar otra fecha de vencimiento aquí: \_\_\_\_\_.

## **Entiendo y estoy de acuerdo con los términos de esta autorización.**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Representante del paciente: \_\_\_\_\_

Si está firmado por un representante del paciente, la autoridad estatal para actuar en nombre del paciente: \_\_\_\_\_

---

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_, 20\_\_

---

*Para ser completado por el personal de la oficina si el formulario no está firmado:*

Yo, \_\_\_\_\_ intentó obtener el acuse de recibo del paciente de la notificación de privacidad prácticas, pero no pudo hacerlo.

Razón de reconocimiento y consentimiento no obtenido: \_\_\_\_\_

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_, 20\_\_

## RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD



Según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), usted tiene ciertos derechos con respecto al uso y divulgación de su información médica protegida. Estos derechos son más completos descrito en el Aviso de prácticas de privacidad de Midwest Dental, actualizado a partir del 12 de abril de 2019. Se le permite revisar nuestro Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. Le proporcionaremos una copia del Aviso revisado de prácticas de privacidad cuando lo solicite.

***Al firmar a continuación, reconoce que ha recibido una copia de Aviso de prácticas de privacidad de Midwest Dental.***

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Representante del paciente: \_\_\_\_\_

Si está firmado por un representante del paciente, la autoridad estatal para actuar en nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_, 20\_\_

---

*Para ser completado por el personal de la oficina si el formulario no está firmado:*

Yo, \_\_\_\_\_ intentó obtener el acuse de recibo del paciente de la notificación de privacidad prácticas, pero no pudo hacerlo.

Razón de reconocimiento y consentimiento no obtenido: \_\_\_\_\_

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_, 20\_\_