



## Consentimiento de HIPAA

---

**ESTA NOTIFICACIÓN DETALLA CON QUIÉN PODEMOS REVELAR LA SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE USTED TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE.**

---

La Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud del 1996 (HIPAA) provee protección de la privacidad de su historial médico. Nuestra oficina de beneficios (o un tercero designado por nuestra oficina) puede llegar a necesitar revelar su información médica o de pago protegida por HIPAA en relación con su plan de salud con su familia o amigos cercanos involucrados en su cuidado médico. Por ejemplo, puede ser que su cónyuge deba comunicarse con nosotros si usted está en el hospital, para determinar si cierto procedimiento está cubierto por el plan dental y puede llegar a necesitar asistencia para ingresar un reclamo para tratamiento dental. Bajo HIPAA, a menos que usted objeccione específicamente, se nos da la libertad de usar juicio profesional al decidir si compartir su información médica y de pago con algún familiar o amigo cercano suyo. Sin embargo, quisiéramos proveerle la oportunidad de detallar a continuación con quienes podemos hablar de su información médica o de pago bajo el plan dental.

Puede comunicar mi información médica o de pago a los siguientes individuos:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Por favor no revele mi información médica o de pago a los siguientes individuos:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Por favor no revele mi información médica o de pago a nadie.

---

Firma del paciente o del guardián

---

Fecha