

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN HIPAA**

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

¿Puede la Clínica Médica de Hoxie y/o los miembros del personal de la oficina divulgar mi información de salud a una persona específica que no sea usted? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

Si es así, especifique a quién se le puede divulgar esta información:

Persona autorizada	Relación a usted	Fecha de servicio	Biles	Resultados del laboratorio	Reporte de radiografías	Medicamentos	Registros Médicos

Entiendo que como parte de continuar mi atención médica, mi médico mantiene registros médicos en su consultorio, que contienen mi historial médico, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos y planes de tratamiento. Estos deben usarse como base para planificar mi atención y tratamiento, y esta información puede divulgarse a mis otros médicos/proveedores de atención médica.

Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre cómo se puede utilizar o divulgar mi expediente médico.

Entiendo que este documento es parte de mi expediente médico permanente y que puedo realizar cambios con respecto a la divulgación de mi información de salud en cualquier momento y que debo notificar a mi médico por escrito sobre estos cambios.

Entiendo que esta clínica mantiene en sus instalaciones una copia del "**Aviso de prácticas de privacidad**" que proporciona una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi expediente médico.

Por la presente reconozco que se me ha proporcionado una copia de este documento o la oportunidad de revisarlo. documento antes de firmar a continuación.

 \_\_\_\_\_  
 Firma del paciente o parte responsable

 \_\_\_\_\_  
 Fecha