



## **HIPAA Notification**

This signing recognizes that I have read and understand the privacy policies regarding HIPAA. The HIPAA notice discusses the legal policies stating that our practice must not disclose any of our patient's health/medical information to any other party unless written authorization is received from that patient alone. If required by law, to report abuse, or for public health related injuries or illnesses, we may disclose your health/medical information.

Appointments will be confirmed over the phone, text message, e-mail, or in person in which case we may disclose your health/medical information to provide you with the proper information regarding your upcoming visit. Please note that before releasing any health/medical, and or financial information to a family member, friend, or other individual for your health care benefit, a signed and authorized form must be filled and signed by the patient themselves.

**Please Sign** \_\_\_\_\_

Con esta firma usted reconoce haber leído y entendido el aviso de las practicas de privacidad que se refieren a HIPAA (acto de la portabilidad y de la responsabilidad de su seguro medico de 1996).La preocupación esencial de HIPAA es proteger el uso y la divulgación de la información medica y registros administrativos de los pacientes, a menos que sea solicitado por algún paciente en particular. En situaciones específicas como casos de emergencia, abuso o enfermedad su información podría ser divulgada si es requerido por la ley.

Su citas serán confirmadas por teléfono, mensajes de texto, correo electrónico, o en persona. En este caso divulgaríamos su información con el propósito de recordarle su próxima visita. Antes de proporcionar cualquier información médica o financiera a cualquier miembro de su familia, amigo u otro individuo para su cuidado médico necesitaríamos su autorización firmada.

**Firma** \_\_\_\_\_