



DYNATEST, INC.

HIPAA Privacy Authorization

Autorización para el uso o divulgación de información médica protegida

Yo, _____, doy autorización para que Dynatest, Inc. divulgue mi información médica protegida con respecto a citas, facturación, condición, tratamiento o pronóstico a las siguientes personas:

Ninguno _____

Nombre _____

Relacion _____

Nombre _____

Relacion _____

Nombre _____

Relacion _____

Nombre _____

Relacion _____

Uso de información médica protegida

Dynatest, Inc. utilizará su información médica protegida para fines de tratamiento, obtención de pago o apoyo a la atención médica diaria del paciente. Al firmar este formulario, usted reconoce que cualquier información utilizada o divulgada conforme con esta autorización puede ser divulgada por el destinatario y ya no puede estar protegida por la ley federal o estatal.

Revocación Del Consentimiento

Puede revocar este consentimiento para el uso y divulgación de su información médica protegida. Debe revocar este consentimiento por escrito. Cualquier uso o divulgación que ya se haya producido antes de la fecha en que se reciba su revocación de consentimiento no se verá afectado.

Aviso De Practicas De Privacidad

Usted debe revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad para una descripción más completa de cómo se puede usar o divulgar su información médica protegida. Dynatest, Inc. se reserva el derecho de modificar las prácticas de privacidad descritas en este aviso. Puede revisar el aviso antes de firmar este consentimiento. Al firmar este consentimiento, usted reconoce que se le ha presentado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Dynatest, Inc.

Nombre Del Paciente: _____ (por favor imprimir)

Firma del Paciente/Persona Responsable: _____

Fecha: ____ / ____ / ____