



# DYNATEST, INC.

## HIPAA Privacy Authorization

### Autorización para el uso o divulgación de información sanitaria protegida

I, \_\_\_\_\_, dar autorización para que Dynatest, Inc. divulgar 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 la información sanitaria 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 de conformidad con esta autorización puede ser revelada por el destinatario y ya no puede estar protegida por la ley federal o estatal.

### Revelacion 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)**

**Paciente/Persona Responsable Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_