

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

**HIPAA** (Ley de responsabilidad y portabilidad del seguro medico)

**Por favor, elige SOLO UNA opción a continuación:**

**Opción 1: Dar permiso**

\_\_\_\_\_ **doy permiso para discutir mi información medica protegida (PHI) con las siguientes personas** *(Por favor, rellene el nombre de la persona):*

Esposo/a: \_\_\_\_\_

Hijos: \_\_\_\_\_

Otros miembros de la familia: \_\_\_\_\_

Amigos: \_\_\_\_\_

Clerigo: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Legal del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma

\_\_\_\_\_  
Relación del representante legal con el paciente

---

**Opción 2: Reconocimiento**

Conozco el Aviso de Prácticas de Privacidad de los Servicios de Salud del Condado de Kearney. Entiendo que puedo decidir no leer las Prácticas de Privacidad.

\_\_\_\_\_ **decido mantener confidencial mi información sanitaria protegida**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma

**ESTE FORMULARIO ES VÁLIDO DURANTE DOS AÑOS**