

HIPAA CONSENT FORM

- I give Heartland Health Center my consent to use or disclose my Protected Health Information to carry out my treatment to obtain payment from insured companies and for health care operations like quality reviews.
- I have been informed that I may review the practical clinic's Notice of Privacy Act before signing this consent.
- I understand that Heartland Health Center has the right to change their privacy practice and I may obtain any revised notices at the clinic.
- I understand that I have the right to request a restriction of how my Protected Health Information is used. However, I also understand that Heartland Health Center is not required to agree to the request.
- If the clinic agrees to my requested restriction they must follow the restriction(s).
- I also understand that I may revoke this consent at any time by making a request in writing except for information already used or disclosed.

-
- Le doy a Heartland Health Center mi consentimiento para usar o divulgar mi información de salud protegida para llevar a cabo mi tratamiento para obtener el pago de las empresas aseguradas y para operaciones de atención de salud como revisión de calidad.
 - Se me ha informado que puedo revisar el Aviso de la Privacidad de la clínica práctica antes de firmar este consentimiento.
 - Entiendo que Heartland Health Center tiene el derecho de modificar sus prácticas de privacidad y me permite obtener cualquier aviso revisado en la clínica.
 - Yo entiendo que tengo el derecho de solicitar una restricción de cómo se utiliza mi información de salud protegida. Sin embargo, también entiendo que Heartland Health Center no está obligado a aceptar la petición.
 - Si la clínica está de acuerdo con mi solicitud de restricción ellos deben seguir la restricción (s).
 - También entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento al hacer una solicitud por escrito a excepción de la información que ya fue usada o divulgada.

Patient Name: _____ **Patient Date of Birth:** _____

Acknowledgement of receipt of this notice/ Reconocimiento de Recibo de esta Información:

Signature of recipient/**Firma de recipiente**

Representative/**Representante**

Individual/**Individual**

Relationship to patient/ **Relación con el paciente**

Date/**Fecha**

