



**EVAN S. HALPERN, DDS**  
PRACTICE LIMITED TO ENDODONTICS  
*A Professional Corporation*

909.989.0899 PHONE 909.989.1499 FAX 10801 FOOTHILL BLVD. STE 103, RANCHO CUCAMONGA, CA 91730

---

## **AUTORIZACION PARA USO O DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA PROTEGIDA (HIPPA)**

En conformidad con los Reglamentos de privacidad, este consultorio no puede usar o divulgar su informacion medica protegida sin su autorizacion excepto segun lo indicado en nuestro Aviso de Practicas de Privacidad.

Mediante la presente autorizo a este consultorio y cualquiera de sus empleados a usar o divulgar mi informacion medica a las siguiente personas, entidades socios comerciales de este cosultorio y a mi aseguranza (seguro).

Comprendo que la informacion divulgada anterirmente se puede volver a adivulgar a terceros y ya no estara protegida por razones que van mas alla de su control.

Comprendo que tengo el derecho a:

1. Revocar esta autorizacion enviando una notificacion escrita a este consultorio y dicha revocacion no afecta los usos o divulgaciones de dicha informacion que este consultorio haya realizado en virtud de esta autorizacion.
2. Ser informado de cualquier remuneracion involucrada debido a cualquier actividad de marketing que esta autorizacion permite y que deriva de esta.
3. revisar una copia de la informacion medica del paciente que se usa o divulga de acuerdo a lasleyes federales.
4. Negarse a firmar esta autorizacion.
5. recibir una copia de esta autorizacion.
6. restringir lo que se va a divulgar con esta autorizacion.

Tambien comprendo que si no firmo este documento, no se condicionara mi tratamiento, pago, inscripcion en un plan de salud o elegibilidad para recibir beneficios, proporcione o no autorizacion para usar o divulgar la informacion medica del paciente.

---

Firma del paciente o de su represante autorizado

Fecha

---

Firma autorizada del establecimiento

Fecha