

HIPAA Acknowledgement

I understand that I may inspect or copy the protected health information described by this authorization. I understand that at any time, this authorization may be revoked, when the office that receives this authorization receives a written revocation, although that revocation will not be effective as to the disclosure of records whose release I have previously authorized, or where other action has been taken in reliance on an authorization I have signed. I understand that my health care and the payment for my healthcare will not be affected if I refuse to sign this form. I understand that information used or disclosed, pursuant to this authorization, could be subject to re-disclosure by the recipient and, if so, may not be subject to federal or state law protecting its confidentiality.

By checking this box, I understand the above information and agree with its contents, and this will serve as my electronic signature for the HIPAA Disclosure Form.

I hereby acknowledge signing below that the provided information above has been revised and understood.

HIPAA Reconocimiento

Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información de salud protegida descrita por esta autorización. Entiendo que en cualquier momento, esta autorización podrá ser revocada, cuando la oficina que reciba esta autorización reciba una revocación por escrito, aunque esa revocación no será efectiva en cuanto a la divulgación de registros cuya divulgación he autorizado previamente, o cuando se hayan tomado otras medidas en base a una autorización que he firmado. Entiendo que mi atención médica y el pago de mi atención médica no se verán afectados si me niego a firmar este formulario. Entiendo que la información utilizada o divulgada, de conformidad con esta autorización, podría estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y, de ser así, puede no estar sujeta a la ley federal o estatal que protege su confidencialidad.

Al marcar esta casilla, entiendo la información anterior y estoy de acuerdo con su contenido, y esto servirá como mi firma electrónica para el Formulario de divulgación de HIPAA.