



**Acknowledgement Form For HIPAA
Individual and Family Fact Sheet
HIPAA: Health Insurance Portability Accountability Act of 1996**

I have been provided an *Individual and Family Fact Sheet HIPAA: Health Insurance Portability Accountability Act of 1996* that describes how information is used by the Department to provide services. This notice also includes a description of my rights regarding protected health information.

I understand DDS reserves the right to change their practices and notice. Prior to implementation of these changes a new notice will be available to me.

I understand I may be requested to sign specific *authorization* for uses and disclosures of my health information, which are not addressed in the notice.

**Formulario de Reconocimiento
HIPAA individual y la Hoja de familia: Ley de Seguro de Salud de Portabilidad Accountability de 1996**

Se me ha brindado una *HIPAA individual y la Hoja de familia: Ley de Seguro de Salud de Portabilidad Accountability de 1996*, que describe cómo usa la información el Departamento para brindar servicios. Esta notificación incluye también una descripción de mis derechos con relación a la información protegida sobre la salud.

Entiendo que el DDS se reserva el derecho a cambiar sus prácticas y notificación, y que antes de la implementación de estos cambios tendré a mi disposición una nueva notificación.

Entiendo que se me podrá pedir que firme una *autorización* específica para los usos y divulgaciones de la información sobre mi salud, que no se tratan en la notificación.

Signature of Individual or Legal Representative
Firma de la persona o representante legal

Date
Fecha

Effective Date of Notice: April 14, 2003 [Día de vigencia de la notificación: 14 de abril de 2003]

* Please explain relationship to individual/* Por favor explique su relación con la persona

