



# HIPAA

## Legal Guardian Consent for Release of Privacy Services and Information

You may refuse to sign this acknowledgement & authorization. In refusing, we may not be allowed to process your insurance claims.

Date: \_\_\_\_\_

The undersigned acknowledge receipt of a copy of the currently effective Notice of Privacy Practices for this healthcare facility. A copy of this document shall be as effective as the original.

**My signature will also serve as a protected health information (PHI) document release should I request treatment information or radiographs be sent to other doctors or facilities in the future.**

\_\_\_\_\_  
Patient's Name (Print)

\_\_\_\_\_  
Signature of Legal Guardian

\_\_\_\_\_  
Print Name of Legal Guardian

\_\_\_\_\_  
Legal Guardian's Relationship to Patient

Please list any other parties who can have access to patient's health information:

Name: \_\_\_\_\_ Relationship to Patient: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Relationship to Patient: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Relationship to Patient: \_\_\_\_\_

I authorize OHP to confirm appointments, discuss dental treatment, health and/or billing information with the above-listed party(s) via:

Home phone  Work Phone  Cell Phone

Text Message  Email  **Any of these contact points**



## HIPAA

# Consentimiento del guardian legal para la divulgación de información y servicios de privacidad

Usted puede negar esta reconocimiento y autorización. Al hacer esto, es posible que no podamos procesar sus reclamos del seguro.

Fecha: \_\_\_\_\_

El abajofirmante admite recibo de una copia de Aviso de Prácticas de Privacidad para esta instalación médica. Una copia de este documento debe ser tan efectivo como el original.

**Mi firma también servirá como un documento de divulgación de información protegida de salud si pido que la información del tratamiento o radiografías sea eviado a otros doctores o instalaciones en el futuro.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente (Imprimir)

\_\_\_\_\_  
Firma del Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Nombre del Guardián Legal (Imprimir)

\_\_\_\_\_  
Relación del Guardián Legal al Paciente

Por favor liste otra(s) persona(s) quien tener acceso a la información médica del paciente.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Yo autorizo a OHP para confirmar citas, hablar del tratamiento dental, información médica y/o facturación con la(s) persona(s) antedicho por:

\_\_\_\_ Teléfono de casa    \_\_\_\_ Teléfono del trabajo    \_\_\_\_ Teléfono celular

\_\_\_\_ Mensaje de texto    \_\_\_\_ Correo electrónico    \_\_\_\_ **Cualquier de estos modos de contacto**