



Mary A. Ogunsanya, MD, FAAP, Board Certified
Suite 202 *Infants, Children & Adolescents*

12150 Annapolis Rd. Suite 208
Glendale, MD 20769
Phone: 301-218 0398
Fax: 301-218 0040

6130 Oxon Hill Rd.
Oxon Hill, MD 20745
Phone: 301-567 1767
Fax: 301-839-6128

Patient Consent Form (HIPAA)

I understand that I have certain rights to privacy regarding my protected health information. These rights are given to me under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA). I understand that by signing this consent I authorize you to use and disclose my protected health information to carry out:

- ☐ Treatment (including direct or indirect treatment by other healthcare providers involved in my treatment)
- ☐ Obtaining payment from third party payers (e.g. my insurance company)
- ☐ The day to day healthcare operations of your practice

I have also been informed of, and given the right to review and secure a copy of your Notice of Privacy Practice, which contains a more complete description of the uses and disclosures of my protected health information, and my rights under HIPAA, I understand that you reserve the right to change the terms of this notice from time to time and that I may contact you at any time to obtain the most current copy of this notice.

I understand that I have the right to request restrictions on how my protected health information is used and disclosed to carry out treatment, payment, and health care operations, but that you are not required to agree to these requested restrictions. However, if you do agree, you are then bound to comply with this restriction. I understand that I may revoke this consent, in writing, at any time. However, any use or disclosure that occurred prior to the date I revoke this consent is not affected.

Signed this _____ day of _____
Month Year

Print Child's Name: _____ DOB: _____

Relationship to Child: _____

Signature: _____



Mary A. Ogunsanya, MD, FAAP, Board Certified
Suite 202 *Infants, Children & Adolescents*

12150 Annapolis Rd. Suite 208
Glendale, MD 20769
Phone: 301-218 0398
Fax: 301-218 0040

6130 Oxon Hill Rd.
Oxon Hill, MD 20745
Phone: 301-567 1767
Fax: 301-839-6128

Formulario de Consentimiento del Paciente (HIPAA)

Entiendo que tengo ciertos derechos de privacidad relacionados con mi información médica protegida. Estos derechos me fueron otorgados bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA). Entiendo que al firmar este consentimiento autorizo que usted utilice y divulgue mi información médica protegida para llevar a cabo:

- ☐ Tratamiento (incluyendo tratamiento directo o indirecto por otros proveedores de atención médica involucrados en mi cuidado)
- ☐ Obtener pagos de terceros (por ejemplo, mi compañía de seguro médico)
- ☐ Las operaciones diarias de atención médica de su práctica

También he sido informado(a) y se me ha dado el derecho de revisar y obtener una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad, el cual contiene una descripción más completa sobre los usos y divulgaciones de mi información médica protegida y mis derechos bajo HIPAA. Entiendo que usted se reserva el derecho de cambiar los términos de este aviso de tiempo en tiempo y que puedo comunicarme con su oficina en cualquier momento para obtener la copia más actualizada del mismo.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones sobre cómo se utiliza y divulga mi información médica protegida con el fin de realizar tratamiento, pagos y operaciones de atención médica, pero que usted no está obligado a aceptar estas restricciones solicitadas. Sin embargo, si acepta, entonces está obligado a cumplir con dicha restricción. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento. Sin embargo, cualquier uso o divulgación que haya ocurrido antes de la fecha en que revoque este consentimiento no se verá afectado.

Firmado este _____ día de _____
Mes Año

Nombre del Niño(a) en Letra de Molde: _____ Fecha de
Nacimiento: _____

Relación con el Niño(a): _____

Firma: _____

