



Hometown Pediatrics

22136 medical village drive • athens, al 35613

HIPAA Y CONSENTIMIENTO

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:
Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:
Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:
Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:
Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:

Persona (s) autorizadas para traer paciente y consentimiento para tratamiento en su nombre

*** excluyendo al padre o tutor legal ***

Nombre del familiar / amigo:

Relación:

Teléfono:

Consentimiento para tratamiento

Autorizo a las personas mencionadas anteriormente a dar su consentimiento para el tratamiento de mis hijos. Esto puede incluir, pero no se limita a, el consentimiento para los medicamentos, vacunas, procedimientos y hospitalizaciones necesarios. Esta práctica puede transmitir cualquier información médica sobre mi hijo necesaria para que las personas mencionadas anteriormente brinden su consentimiento informado para el tratamiento. Entiendo que el proveedor comunicará sus hallazgos y plan de tratamiento al cuidador que trae al niño y que, en la mayoría de las circunstancias, no debería ser necesaria una llamada de seguimiento para mí personalmente.

Hometown Pediatrics está autorizado a divulgar información médica protegida sobre los pacientes mencionados anteriormente de la siguiente manera:

POR FAVOR, COMPRUEBE SUS MEDIOS DE COMUNICACIÓN PREFERIDOS

- ☐ Puede llamar a mi casa y dejar un mensaje detallado sobre citas, resultados de laboratorio y radiografías u otra información de atención médica con alguien o en un contestador automático si no estoy disponible.
- ☐ Puede llamar a mi teléfono celular y dejar un mensaje detallado sobre citas, resultados de laboratorio y radiografías u otra información de atención médica en mi contestador automático si no estoy disponible.

Derechos del paciente

Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en un lugar determinado. Debe hacer su solicitud por escrito y debe especificar cómo o dónde desea ser contactado. Se puede obtener un formulario de solicitud en la recepción. Tiene derecho a inspeccionar y copiar información médica que pueda usarse para tomar decisiones sobre su atención. Se puede obtener un formulario de solicitud en la recepción. Podemos denegar su solicitud de inspeccionar y copiar en ciertas circunstancias muy limitadas. He revisado el Aviso de prácticas de privacidad de esta oficina que explica cómo se utilizará y divulgará mi información médica o la de mi hijo (s), y / o entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento si lo solicito. Otros usos y divulgaciones de información médica no cubiertos por nuestro Aviso de prácticas de privacidad o las leyes que se aplican al uso se realizarán únicamente con su autorización por escrito. Si nos da permiso para usar o divulgar información médica sobre usted, puede revocar ese permiso por escrito, en cualquier momento.

Yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento para el cuidado y tratamiento por parte del médico tratante, sus asociados o asistentes. Doy fe de que soy el padre o tutor legal y tengo la autoridad legal para hacer este acuerdo. Entiendo que puedo revocar esta autorización para cualquiera o todos estos individuos en cualquier momento.

Padre o tutor legal (letra de imprenta)

Firma del padre o tutor legal

Fecha

Sólo para uso de oficina

Hometown Pediatrics intentó obtener un acuse de recibo por escrito de la recepción de las políticas de la oficina, la HIPAA y el consentimiento, pero no se pudo obtener el acuse de recibo por el siguiente motivo:

☐ El individuo se negó a firmar
☐ Una situación de emergencia nos impidió obtener el reconocimiento
Otros (especificar):