

# Desert Valley Pediatrics

West Valley Office  
4137 N. 108th Ave.  
Phoenix, AZ 85037  
P 623-877-7337  
F 623-772-0686

At The Ball Park  
3802 N. 53rd Ave. Ste. 160  
Phoenix, AZ 85031  
P 623-877-7337  
F 623-247-6537

Surprise Office  
15264 W. Brookside Ln. Ste. 155  
Surprise, AZ 85374  
P 623-877-7337  
F 623-214-3219

## Reconocimiento de Políticas de Privacidad del Paciente

Es nuestro interés proteger su privacidad. Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad provee información acerca de cómo podremos usar y divulgar información médica de su hijo(a). Usted tiene el derecho de revisar nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Las condiciones de nuestro aviso pueden cambiar y usted recibirá una copia revisada comunicándose a nuestra oficina.

Al firmar ésta forma, usted autoriza el uso y divulgación de información médica de su hijo(a) para tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud descritas en nuestro aviso. Nuestra oficina puede poner éste consentimiento como condición para recibir tratamiento.

Usted tiene el derecho a pedir, por escrito, que restrinjamos la divulgación de información acerca de su hijo(a). No nos es requerido que accedamos a estas restricciones pero, si lo hacemos, haremos que ése acuerdo se cumpla.

Usted entiende que este consentimiento permanecerá vigente de esta fecha en adelante y que puede ser revocado dando previo aviso por escrito.

**Nombre del paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Firma del padre/tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nombre del padre/tutor:** \_\_\_\_\_ **Relación con el paciente:** \_\_\_\_\_  
(Letra de molde)  
(Esta forma es válida por un año a partir de la fecha de firma)

En caso de que en alguna ocasión, usted no pueda traer a su hijo(a) a una cita u obtener información del expediente medico de su hijo(a), usted autoriza divulgar información medica y buscar tratamiento par su hijo(a) a las siguientes personas:

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Relación con el paciente:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Relación con el paciente:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Relación con el paciente:** \_\_\_\_\_

**Testigo (Representante de nuestra oficina):** \_\_\_\_\_