

# Desert Valley Pediatrics

## Reconocimiento de Políticas de Privacidad del paciente

Phone 623-877-7337 Fax 623-772-0686

<input type="checkbox"/> West Valley Office 4137 N 108 <sup>th</sup> Ave Phoenix, AZ 85037	<input type="checkbox"/> At The Ball Park 3802 N 53 <sup>rd</sup> Ave Ste. 160 Phoenix, AZ 85031	<input type="checkbox"/> Goodyear Office 700 N Estrella Parkway Ste. 110 Goodyear, AZ 85338	<input type="checkbox"/> Surprise Office 15264 W Brookside Ln Ste. 155 Surprise, AZ 85374
--	--	---	---

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: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

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

Firma del Tutor/Padre : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre del Tutor/Padre: \_\_\_\_\_ 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 enlagune ocasión, usted no puede traer a su hijo(a) a una cita u obtener información del expediente medico de su hijo(a), usted autoriza divulgar información médica y buscar tratamiento para su hijo(a) a las siguientes personas:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

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