



Recibo del Aviso de Practicas de Privacidad

He recibido una copia del Aviso de esta oficina de prácticas de privacidad.

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma del paciente o padre / tutor: _____ Fecha: _____

Consentimiento para el Uso y Divulgación de Información de Salud

Al firmar este formulario, usted autoriza a nuestro uso y divulgación de su / información protegida de la salud de su hijo (PHI) para llevar a cabo el tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica.

Usted tiene el derecho de leer nuestro aviso de prácticas de privacidad antes de decidir si firmar este consentimiento. Nuestro Aviso provee una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica, de los usos y revelaciones que podemos hacer de su / PHI de su hijo, y de otros asuntos importantes acerca de su / PHI de su hijo. Una copia de nuestro Aviso acompaña a este Consentimiento. Le animamos a que lea cuidadosamente y por completo antes de firmar este consentimiento. También puede ver e imprimir una copia de este aviso al ir a nuestro sitio web, www.whitespediatrics.com.

Usted tendrá la oportunidad de revocar este consentimiento en cualquier momento dándonos aviso por escrito de su revocación. Por favor, comprenda que la revocación de esta autorización no afectará ninguna acción que tomemos en la confianza de este consentimiento antes de recibir su revocación.

Firma del Consentimiento

He tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de este formulario de consentimiento y su Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo que al firmar este formulario de Consentimiento, estoy dando mi consentimiento para el uso y divulgación de mi / PHI de mi hijo para llevar a cabo el tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica. Reconozco que Whites Pediatrics compartirá mi información médica, según lo permitido en virtud de la legislación federal y estatal de Georgia, con mis proveedores de salud a través de intercambio de información de salud.

Firma: _____ Fecha: _____

Relación con el Paciente: _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

Intentamos obtener confirmación por escrito del recibo de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, pero no se pudo obtener debido a que:

El individuo se negó a firmar

Una situación de emergencia nos impidió obtener el reconocimiento