

CATAWBA PEDIATRIC ASSOCIATES, P.A.

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO Y DIVULGACION

DE INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA

Con mi consentimiento, Catawba Pediátric Associates, P.A. puede utilizar y divulgar información de salud protegida (PHI) acerca de la salud de mi niño para llevar a cabo tratamiento, pagos y operaciones de salud (TPO). Por favor, refiérase a las Notas de Practica Privada de Catawba Pediátric Associates, P. A.s' para una descripción más completa de tales usos y revelaciones.

Tengo el derecho de revisar la Nota de Prácticas Privadas antes de firmar el consentimiento. Catawba Pediátric Associates, P.A. reserva el derecho de revisar su Nota de Prácticas en cualquier momento. Una Nota De Prácticas Privadas puede ser obtenida mandando una petición escrita a Catawba Pediátrics Associates, P.A. Oficial privado en el 240 18th Street Circle SE; Hickory, N.C. 28602.

Con mi consentimiento, Catawba Pediátric Associates, P.A. puede llamar a mi hogar u otra ubicación designada y dejar algún recado en el correo de voz o en persona con cualquier artículo que ayude a la práctica a llevar a cabo el tratamiento, pago, o las operaciones de salud(TPO), tal como los recordatorios de las citas, artículos de seguro y cualquier llamada referente a mi cuidado clínico, inclusive resultados de laboratorio entre otros.

Con mi consentimiento, Catawba Pediátric Associates, P.A. puede enviar a mi hogar u otra ubicación designada cualquier artículo que ayude la práctica a llevar a cabo el tratamiento, las operaciones (TPO) del pago y la asistencia de salud, tal como tarjetas de cita y recibos del paciente.

Firmando esta forma, yo consiento a Catawba Pediátric Associates, P.A.s' el uso y divulgación de la información de salud protegida de mi niño para llevar a cabo tratamiento, pago, y operaciones de asistencia de salud(TPO).

Puedo revocar mi consentimiento por escrito menos hasta el punto de que la práctica ya ha hecho las revelaciones dependiendo de mi consentimiento anterior. Si yo no firmo este consentimiento, Catawba Pediátric Associates, P.A. puede declinar proporcionar el tratamiento a mi niño.

Firma de Padre o Guardián Legal

Nombre del Paciente

Fecha

Nombre en letra de molde de Padre o guardian