



DAVENPORT PEDIATRICS

EL CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y

LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Información sobre la salud de su hijo se llama "información de salud protegida." Esto incluye cualquier información que DAVENPORT PEDIATRICS, P.A. recibe o crea que identifica (o podría identificar) su hijo y se ocupa de la salud física o mental de su hijo y cualquier atención médica ofrecemos su niño y/o el pago de dicha atención médica.

DAVENPORT PEDIATRICS, P.A. comprende la importancia de la privacidad y se compromete a mantener la confidencialidad de la información médica de su hijo. Vamos hacer un registro de la atención médica proporcionada a su hijo y podrá recibir otros registros médicos de otros. Utilizamos estos registros para facilitar y permitir que nosotros y otros prestadores de salud proporcionar atención médica de calidad, para obtener el pago de servicios médicos prestados a su hijo para que podamos cumplir con nuestras obligaciones legales y profesionales para que funcione correctamente nuestra práctica médica. Tenemos un "aviso de privacidad práctica" (la "notificación"). El aviso describe con gran detalle cómo nosotros podríamos usar o divulgar información de salud protegida. El aviso también describe sus derechos y nuestros deberes con respecto a la información de salud protección. Usted tiene derecho a revisar el aviso antes de firmar este consentimiento.

EL CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Yo estoy consintiendo del DAVENPORT PEDIATRICS, P.A. uso y divulgación de información de la salud de mi hijo a fin de realizar tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación a DAVENPORT PEDIATRICS, P.A. por escrito. Sin embargo, si revocar esta autorización, mi revocación no tendría ningún efecto sobre acciones tomadas previamente confiando en mi consentimiento previo.

Entiendo que tengo derecho a pedir DAVENPORT PEDIATRICS, P.A. restringir cómo información de salud protegida de mi hijo se utiliza o divulga a propósito de las operaciones de tratamiento, pago o atención médica. Sin embargo, también entiendo que DAVENPORT PEDIATRICS, P.A. no es necesario llegar a un acuerdo a cualquier restricción pidió, pero si lo hacen, están obligados por el presente acuerdo.

Tengo entendido que DAVENPORT PEDIATRICS, P.A. tiene derecho a modificar sus prácticas de privacidad en cualquier momento en el futuro. Entiendo que después de realiza una enmienda por DAVENPORT PEDIATRICS, P.A., las prácticas de privacidad revisada se aplicarán a toda la información protegida de la salud mantenida, independientemente de cuándo se creó o se recibió.

Reconozco que se han presentado con una copia del aviso de prácticas de privacidad de DAVENPORT PEDIATRICS, P.A. y que han proporcionado la oportunidad de revisarlo. Soy consciente de que puedo pedir una copia de la notificación de prácticas de privacidad para mantener en mi posesión.

NOMBRE IMPRESO DE PADRE/ GUARDIÁN: _____

FIRMA DE PADRE/ GUARDIÁN: _____ FECHA: _____

MM / DD / YYYY

NOMBRE DEL NIÑO/ LA NIÑA: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____

MM DD YYYY

NOMBRE DEL NIÑO/ LA NIÑA: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____

MM DD YYYY

NOMBRE DEL NIÑO/ LA NIÑA: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____

MM DD YYYY

NOMBRE DEL NIÑO/ LA NIÑA: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____

MM DD YYYY