



## Privacidad de Información Médica

Este documento protege la privacidad de su hijo(a) sobre la información médica. Llene este formulario totalmente y exactamente, por favor.

Nombre Completo del Paciente \_\_\_\_\_

Las siguientes personas tienen mi permiso para traer mi hijo(a) a la oficina para tratamiento y exámenes médicos:

_____	Relación al Paciente _____
_____	Relación al Paciente _____
_____	Relación al Paciente _____
_____	Relación al Paciente _____
_____	Relación al Paciente _____

1. ¿Podemos discutir la información médica de su hijo(a) con cualquiera aparte de usted?  Sí  No

¿En caso afirmativo, quien? \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

2. ¿Podemos contactar usted para confirmar las citas, compartir los resultados de exámenes médicos, o otras comunicaciones?  Sí  No

3. ¿Si usted no está disponible, podemos dejarle un mensaje de voz o con cualquiera responde que nos llame?  Sí  No

4. ¿Podemos contactar usted en su trabajo para confirmar las citas, compartir los resultados de exámenes médicos, o otras comunicaciones?  Sí  No

5. ¿Si usted no está disponible en su trabajo, podemos dejarle mensaje que nos llame?  Sí  No

6. ¿Si no quieres nos llamarlo a en su casa o trabajo, cómo podemos comunicar con usted? Escriba un número de teléfono o dirección específica, por favor.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Reconozco que One Pediatrics me ha dado una copia de sus Prácticas de Privacidad, que proporciona una descripción detallada del usos y divulgaciones permitidas, así como derechos otros que tengo sobre mi información médica protegida. También reconozco que la información anterior es verdadera y precisa.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre Impreso \_\_\_\_\_

ONE Pediatrics, PLLC: All Star Pediatrics, East Louisville Pediatrics, One Pediatrics at Simpsonville, Prospect Pediatrics, South Louisville Pediatrics, Springs Pediatrics, and Oldham County Pediatrics.