



Consentimiento informado

Yo, _____, por la presente doy mi consentimiento voluntario y doy permiso para que el equipo de atención médica de Dailey Pediatrics and Family Medicine realice cualquier tipo de examen, prueba de diagnóstico, prueba de laboratorio, inmunización, administración de medicamentos, evaluaciones, procedimiento menor y tratamiento. Entiendo que se brindará educación sobre cualquiera de los puntos anteriores y que se responderán las preguntas antes de comenzar con cualquier forma de tratamiento (que incluye todo lo anterior). Tengo derecho a negar o rechazar cualquiera de los servicios anteriores. Al firmar a continuación, entiendo que he sido informado sobre lo anterior en lo que respecta a mí o como representante legal de otra parte.

Firma del paciente Fecha

Firma del padre/representante legal (si corresponde) Fecha



Formulario de reconocimiento y consentimiento de HIPPA

Entiendo que, según la Ley y Portabilidad del Seguro Médico de 1996, HIPPA, como paciente tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida, PHI. Entiendo que mi PHI puede y será utilizada para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Me ofrecieron y/o recibí una copia del Aviso de Privacidad que describe cómo se puede usar o divulgar mi información de salud. Entiendo que es mi responsabilidad leer atentamente y hacer cualquier pregunta que pueda tener. El aviso puede cambiar en cualquier momento. Si se necesita PHI para brindar tratamiento de emergencia o transferencia, se otorga permiso para que la práctica médica de Dailey Pediatrics and Family Medicine la use o divulgue en mi nombre a otro proveedor o centro de atención médica en una situación de emergencia. Me han informado que también tengo derecho a restringir el derecho a revelar mi PHI. Entiendo que si pago la totalidad de los servicios y tratamientos/artículos proporcionados en el momento del servicio/visita, puedo restringir la divulgación de mi PHI a un plan de salud para el pago.

Fecha de nacimiento: _____

Nombre en letra de molde Firma

Representante legal del paciente (en letra de imprenta) _____

Representante Legal para firma del paciente: _____

Al firmar a continuación, por la presente autorizo a Dailey Pediatrics and Family Medicine a divulgar mi PHI a los siguientes familiares, amigos, cuidadores u otros representantes. Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento.

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____