CONSENTIMIENTO PARA USO Y DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA
Children's Heart Specialists, PSC

Según requiere el Health Insurance Portability and Accountability (HIPAA) acta del 1996 esta práctica no puede hacer uso de su información de salud personal para el propósito de tratamiento, cobro o cirujías de cuido de salud sin su consentimiento. Usted tiene el derecho de revisar nuestra práctica de notificación de información antes de firmar esta forma de consentimiento. Usted puede solicitar restricciones en el uso y divulgación descrita en la práctica describiendo las restricciones solicitadas en la "sección de solicitud de restricción de esta forma".

SECCIÓN DE CONSENTIMIENTO:

Nombre del paciente_____

Yo, _____ (imprimir nombre) tutor legal, consiento el uso y divulgación de información medica de my hijo/hija para el propósito de su tratamiento incluyendo cartas, resultados médicos, y comunicaciones con médicos y especialistas. Mi firma abajo indica que me han dado la oportunidad de leer la notificación de información de oficina y a responder cualquier pregunta antes de completar y firmar esta forma. Entiendo que puedo solicitar restricciones en el uso y revelación de la situación medica de my hija/hijo en cualquier momento solicitando y firmando la sección de restricción de esta forma. Entiendo que la práctica no requiere el aceptar mi solicitud de restricción. Yo entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento firmando la sección de revocación de mi copia de esta forma y devolviéndola a la práctica. Autorizo a dejar informacion medica, resultados de laboratorios o recordatorios en mi telefono.

_____ _____
Firma Fecha

SECCIÓN DE SOLICITUD DE RESTRICCIÓN (OPCIONAL)

Solicito las siguientes restricciones en el uso y divulgación de información médica.

_____
_____

_____ _____
Firma Fecha

SECCIÓN DE REVISIÓN (uso de C.H.S.)

Las Pautas de este requisito **son/no son** aceptables. (circule uno)

_____ _____
Firma Fecha
Privacidad/firma oficial de seguridad
Nombre_____ Titulo_____ Fecha _____

SECCIÓN DE REVOCACIÓN
(FIRMAR SÓLO SI DESEA CANCELAR ESTE CONSENTIMENTO)

Yo revoco este consentimiento efectivo hoy. (NO PUEDE SER RETROACTIVO).

_____ _____
Firma Fecha