



SOUTHERN ORANGE COUNTY PEDIATRIC ASSOCIATES

"Great Care for Great Kids"

FORMA DE CONSENTIMIENTO

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ # de Cuenta _____

Por favor conteste las siguientes solicitudes para autorización:

- Si No Por medio de la presente autorizo al doctor(es) de Southern Orange County Pediatric Associates Inc. a proveerle tratamiento medico al paciente nombrado en esta forma.
- Si No Por medio de la presente autorizo a terceras personas a pagarle directamente al Doctor(es) cualesquier beneficio de seguridad debido por servicios prestados a nombre del paciente mencionado.
- Si No Yo autorizo al doctor(es) a que provea mi compañía de seguridad y/o pagadores (o sus representantes, cualquier información medica necesaria para procesar nuestros reclamos de seguranzas.
- Si No Por medio de la presente reconozco que he revisado una copia de la Declaración de Normas Financieras y que yo entiendo que soy responsable de pagar todos los cargos por servicios médicos que se me han proporcionado como paciente.
- Si No A como esta requerido por las Regulaciones de Privacidad, por medio de la presente reconozco que he revisado una copia actual de "Aviso de Normas de Privacidad". He leído la norma de Privacidad y entiendo mis derechos contenidos en el aviso.
- Si No Por medio de mi firma, yo le proveo a SOCPA mi autorización y consentimiento para usar y revelar la información protegida de cuidado de salud para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud descritas en las Normas de Privacidad.

A como esta requerido por el Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (HIPAA), usted tiene el derecho de solicitar que la comunicación con respecto a su información personal de salud sea hecha por medios confidenciales. SOCPA tratara de hacer cumplir todas las solicitudes razonables.

Por medio de la presente solicito que el uso de los siguientes medios confidenciales para comunicación de información relacionada con la salud personal, tratamiento o pago por tratamiento de mi hijo/a.

Por favor indique sus preferencias:

(_____) _____ Numero Primario de Teléfono

Dejar No Dejar Mensajes detallados en mi maquina primaria de contestar el Teléfono o correo de voz

(_____) _____ Numero Secundario de Teléfono

Dejar No Dejar Mensajes detallados en mi maquina secundaria de contestadora de Teléfono o correo de voz

- Dejar No Dejar mensajes con respecto a la salud de mi hijo/a
- Dejar No Dejar mensajes con respecto a citas
- Dejar No Dejar mensajes con respecto a los resultados de pruebas clínicas de mi hijo/a
- Dejar No Dejar mensajes con respecto a cobros

Domicilio de Correo Electrónico _____ @ _____

Enviar No Enviar comunicación de correo electrónico con respecto a información y anuncios generales de SOCPA

Firma _____ Fecha _____

Nombre en letras de Molde _____ Parentesco con el Paciente _____