



FORMULARIO DE AUTORIZACION HIPAA

HIPAA AUTHORIZATION FORM IN SPANISH

Yo, _____, autorizo a Peak Pediatrics a compartir la información de salud protegida de mi hijo(a) con las siguientes personas que puedan estar involucradas en el cuidado de mi hijo(a). Entiendo que soy responsable de notificar a Peak Pediatrics sobre cualquier cambio. Los nombres que figuran a continuación son miembros de la familia o amigos a quienes doy permiso para que los representantes de Peak Pediatrics hablen verbalmente sobre la atención de mi hijo(a) utilizando su mejor criterio y les otorgo permiso para revelar información médica que sea relevante para la atención de mi hijo(a), como cambios de cita, información de facturación y/o tratamiento necesario:

Nombre: _____ Relación: _____ Numero: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Numero: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Numero: _____

Doy permiso a Peak Pediatrics para que me deje un mensaje detallado al siguiente número de teléfono:

Teléfono Móvil #: _____ Teléfono de Casa #: _____

Además, autorizo a las siguientes personas a traer a mi hijo a las citas y permitirles que autoricen el tratamiento médico para mi hijo por parte de Peak Pediatrics. Entiendo que los copagos vencen en el momento del servicio y que soy responsable del pago de los servicios prestados:

Nombre: _____ Relación: _____ Numero: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Numero: _____

Este formulario de autorización HIPAA se refiere a los siguientes niños:

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Entiendo que puedo rescindir este Formulario de autorización HIPAA en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a Peak Pediatrics.

Firma del padre/tutor legal: _____ Fecha: _____