

Autorización Para Tratamiento/Consentimiento

Yo, _____ padre/madre de _____ entiendo que al firmar este formulario permito a Clarksburg Pediatrics LLC y sus empleados mi consentimiento para utilizar o divulgar la información protegida de salud de mi hijo(a) para llevar a cabo su tratamiento, obtener el pago de las compañías de seguros, y para las operaciones de atención de la salud, tales como exámenes de revisión.

He sido informado de que puedo revisar la póliza de la clínica de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar la restricción de cómo se utiliza la información de salud protegida de mi hijo(a). Sin embargo, también entiendo que la clínica no está obligado a aceptar la solicitud. Si la clínica está de acuerdo con mi solicitud de restricción, deben seguir las restricciones.

También entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, mediante una solicitud por escrito, a excepción de la información que ya fue utilizada o divulgada.

Firma: _____

Fecha: _____

Relación al paciente: _____