



Saluda Infantil de Carolina, PA
Formulario de consentimiento de HIPAA

Entiendo que, como parte de mi atención médica, Children's Health of Carolina, PA (Children's Health Lumberton, Children's Health Pembroke, Children's Health Raeford, Children's Health Fayetteville y Children's Health Fairmont) origina y mantiene registros de salud que describen el historial de salud, los síntomas, el examen, los resultados de las pruebas, los diagnósticos y los planes de tratamiento de mi hijo o hijos (incluidas las referencias y las citas futuras). Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que Children's Health of Carolina, PA use y divulgue la información de salud de mi hijo (hijos) para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica (TPO). Además, entiendo que esta información sirve como:

- Una base para planificar la atención y el tratamiento de mi hijo/a;
- Un medio de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen al cuidado de mi hijo o hijos;
- Una fuente de información para aplicar los diagnósticos de mi hijo(s) a una factura;
- Un medio por el cual un tercero pagador puede verificar que los servicios se prestaron realmente;
- Una herramienta para las operaciones sanitarias rutinarias, como la evaluación de la calidad y la revisión de la competencia de las profesiones sanitarias.

Con este consentimiento, Children's Health of Carolina, PA puede llamar a mi hogar u otro proveedor designado por mí como tutor legal y dejar un mensaje en el correo de voz o en persona, FAX o correo electrónico en referencia a cualquier artículo que ayude a la práctica a llevar a cabo la TPO de mi hijo o hijos.

Entiendo y se me ha brindado la oportunidad de revisar el aviso corporativo de HIPAA. Además, entiendo que la corporación se reserva el derecho de cambiar el aviso en cualquier momento, y los cambios se publican en nuestras áreas de recepción. También entiendo que tengo el derecho de modificar o revocar este formulario de consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que Children's Health of Carolina, PA ya haya tomado medidas en base al mismo.

Autorizo a Children's health of Carolina a comunicar mi protección en los siguientes métodos:

- Dejar un mensaje detallado en el contestador automático del teléfono de mi casa
- Dejar un mensaje detallado en el contestador automático del teléfono de mi oficina
- Dejar un mensaje detallado en el contestador automático de mi teléfono celular
- Dejar un mensaje detallado en mi FAX
- Enviar por correo electrónico información médica detallada

MRN: _____

Por la presente, doy permiso a las siguientes personas que se enumeran a continuación para recibir información sobre el cuidado de mi hijo(s):

Nombre	Relación
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Con el fin de obtener información por teléfono, la persona que llama debe proporcionar al consultorio la fecha de nacimiento del paciente. Con la excepción de los padres o tutores legales, si la parte no está en la lista, el personal no podrá compartir ninguna información sobre el paciente.

_____	_____
Nombre completo del niño en letra de imprenta	Fecha de nacimiento del niño
_____	_____
Nombre completo del niño en letra de imprenta	Fecha de nacimiento del niño
_____	_____
Nombre completo del niño en letra de imprenta	Fecha de nacimiento del niño
_____	_____
Nombre completo del niño en letra de imprenta	Fecha de nacimiento del niño
_____	_____
Nombre completo del niño en letra de imprenta	Fecha de nacimiento del niño

He leído, entendido y estoy de acuerdo con los términos de este consentimiento. Además, reconozco que puedo representar legalmente al niño o niños enumerados en este documento.

Nombre en letra de imprenta del padre/tutor legal

Firma del padre/tutor legal

Printed Staff's Name