



Consentimiento para usar y divulgar información de salud

Pacientes mayores de 18 años

Esta oficina es requerida por las regulaciones federales para informar a nuestros pacientes en lo que respecta a el uso de la información de salud de su hijo de acuerdo a la portabilidad del seguro de salud y el acto de responsabilidad de 1996 o HIPAA

Entiendo que como parte de mi cuidado de salud, La pediatría del arca de Noé origina y mantiene registros electrónicos que describen mi historial de salud, síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos y cualquier plan para el cuidado o tratamiento futuro.

Entiendo que a partir de mis 18TH Cumpleaños, soy considerado un adulto. Por lo tanto, necesito dar el consentimiento por escrito para discutir mi información médica con alguien que no sea yo, incluyendo mis padres.

Al firmar este Forma Estoy designando las partes abajo con quienes deseo que la pediatría del arca de Noé sea capaz de discarUSS mi información médica con. Entiendo que es mi responsabilidad informar a la pediatría del arca de Noé por escrito de cualquier cambio relacionado con esta liberación.

Yo, _____, autorizo a la pediatría del arca de Noé a discutir con y release mi información médica a los individuos de abajo. Esta liberación se escribe sin restricción e incluye información relacionada con la salud mental.

Nombre: _____ Relación con el paciente _____

Nombre: _____ Relación con el paciente _____

Nombre: _____ Relación con el paciente _____

Entiendo que como parte del tratamiento de esta organización, el pago o las operaciones de salud puede ser necesario revelar mi PProtected información de salud a otra entidad. Por este medio consiento tal divulgación para estos usos permitidos.

Entiendo y acepto plenamente los términos de este consentimiento.

Firma

Fecha

Contacto paciente # _____ (el mejor número para llegar a usted, es decir, teléfono celular)