

STEEPLECHASE

PEDIATRIC CENTER

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Instrucciones de Consentimiento Informado para Comunicaciones en línea

Usted acepta tomar medidas para mantener sus comunicaciones en línea de Steeplechase Pediatrics confidenciales, incluyendo: (1) No guarde mensajes en su computadora proporcionada por el empleador; de lo contrario la información personal podría ser accesible o propiedad de su empleador. (2) Utilice un protector de pantalla o cierre sus mensajes en lugar de dejar sus mensajes en la pantalla para que los transeúntes puedan leer y mantener su contraseña privada. (3) No permita que personas u otras personas tengan acceso a la(s) computadora(s) en la que almacena las comunicaciones médicas.

Notificación de Prácticas de Privacidad y Consentimiento para Tratar

Podemos usar/revelar información sobre su hijo para proveerle tratamiento y servicios a su hijo. Podemos usar/revelar información médica acerca de usted o su hijo para que el tratamiento y los servicios que su hijo reciba de nosotros puedan ser facturados, un pago puede ser cobrado de usted, una compañía de seguros o un tercero. Podemos divulgar, según sea necesario, la información médica protegida de su hijo para apoyar las actividades comerciales de la práctica de los médicos, es decir, podemos usar una hoja de registro en el mostrador de registro donde se le pida que firme el nombre de su hijo e indique el médico. También podemos llamar a su hijo por su nombre en la sala de espera cuando el médico esté listo para verlo. Podemos usar/revelar la información de salud de su hijo para proporcionar recordatorios de citas. Otros usos/revelaciones que se pueden hacer sin consentimiento o autorización: como lo requieren las agencias del orden público, para evitar una amenaza grave para la salud/seguridad pública, en respuesta a un procedimiento legal, a un médico forense o a un examinador médico para la identificación de un cuerpo según lo requerido por la FDA, usos/revelaciones en situaciones de violencia/negligencia doméstica, u otras actividades de salud pública.

Cualquier profesional de la salud autorizado a ingresar información en el expediente médico de su hijo, todos los empleados, personal y otro personal en esta práctica que pueda necesitar acceso a la información de su hijo debe cumplir con este aviso. Todas las subsidiarias, socios de negocios (por ejemplo, los laboratorios), sitios y lugar de esta práctica pueden compartir información médica entre sí para tratamiento, propósitos de pago u operaciones de atención médica descritas en este aviso. Excepto en el caso del tratamiento, solo se compartirá la información mínima necesaria para realizar la tarea.

He leído el formulario de consentimiento y la información anterior y acepto las condiciones enumeradas.

Firma del Padre o Tutor Legal

Fecha