



New York Primary Care

THE CHABLA FAMILY PRACTICE

Office: 212-568-8400

Fax: 212-927-5719

Make an appointment Today

639 W 185th Street
New York, NY 10033

www.nypcare.com

Consentimiento de Paciente Menores de Edad

El Departamento de Salud y Servicios Humanos han establecido una “Regla de Privacidad” para ayudar con la protección y privacidad de información de salud personal. La Regla Privacidad fue creada para proveer un estándar para ciertos proveedores de salud para obtener consentimiento de información de sus pacientes, sus tratamientos, pagos o operaciones de salud. Como padre o guardián de nuestro paciente, queremos que usted sepa que respetamos la privacidad de los archivos de su hijo y haremos todo lo posible para proteger su privacidad. Cuando sea apropiado y necesario, proveemos la mínima información necesaria a las personas que nosotros sentimos que necesitan la información de salud para mejor atender a su hijo. También queremos que sepa que le apoyamos en que tenga acceso al expediente de su hijo. Pueda ser que tengamos una relación indirecta en cuanto al tratamiento de su hijo (con laboratorios que corresponden con los doctores no los pacientes), y puede ser posible dar información personal de salud para propósitos de tratamiento, pago u operaciones con servicio de salud. Estas entidades normalmente no requieren tener consentimiento del paciente. Usted puede negar consentimiento para usar la información médica de su hijo, pero esto tiene que ser por escrito. Bajo la ley, tenemos el derecho de no atender a su hijo si usted se niega dar la Información Personal de Salud (PHI). Si decide dar consentimiento en este documento, en un futuro usted tiene la opción de negar parte o toda la Información Personal de Salud (PHI) de su hijo. Usted puede revocar acciones que ya han sido realizadas por esta forma o una forma anterior. Si usted tiene algunas objeciones con esta forma, por favor pida hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento de HIPPA. Usted tiene el derecho de revisar nuestro aviso de privacidad, para solicitar restricciones, y revocar consentimiento por escrito después de repasar nuestra póliza.

Nombre de paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de Padre o Madre: _____

Firma de Padre o Madre: _____ Fecha: _____