

**Padre/Paciente da su consentimiento para el uso y divulgación de protegidas
INFORMACIÓN DE LA SALUD**

Tomamos nuestra responsabilidad para proteger la información de salud de su hijo en serio. Lo haremos, como siempre, para proteger esta información y utilizarla únicamente según lo especificado por el

"Aviso de prácticas de privacidad de "

Con mi consentimiento, **O & P in Motion, Inc.** puede usar y divulgar información de salud protegida con el fin de llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica.

Con mi consentimiento esta práctica puede:

Uno del círculo

Llamar a mi casa y dejar un mensaje	SI	NO
Enviar recordatorios de citas por correo	SI	NO
Dar información a la escuela en relación con el estado de salud	SI	NO
Hablar con otros miembros de mi familia por teléfono	SI	NO

Si tienes a alguien que usted no desea que hablemos en su hogar por favor dénos sus nombres específicos;

En esta práctica **Phillip P. Ambroset, C.P.O.** puede solicitar el uso de fotos digitales al tratamiento, así como durante el tratamiento. Estos se utilizará sólo en beneficio de su hijo. Estas fotos se tomarán de forma modesta que nunca expondrá la identidad del paciente. En una rara ocasión podemos solicitar que estas fotos se utiliza para investigación o para iluminar alguno en cuanto a las condiciones y o tratamiento. Si pedimos fotos de uno de estos motivos pediremos permiso separado para estos tipos de foto. Si usted solicita le proporcionaremos una copia de cualquier fotografía tomada.

Tenemos permiso para tomar fotografías como se describió anteriormente? SI NO

Este acuerdo se mantendrá en la tabla de pacientes. Puede solicitarse una copia de este o nuestro aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. Usted tiene el derecho de modificar este acuerdo en cualquier momento.

Escriba el nombre del paciente

Firma del padre o Tutor Legal

Fecha