



## NUEVOS PACIENTES

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_  
(primer) (segundo) (apellido)

Dirección: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección para envío de correo(si es diferente): \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Contacto Principal:** \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_

¿Vive con el paciente? SI No (Si no, direccion):  
\_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_ correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Contacto Secundario:** \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_

¿Vive con el paciente? SI No (Si no, direccion):  
\_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_ correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Médico de atención primaria:** \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Seguro médico:** \_\_\_\_\_ Identificación de suscriptor: \_\_\_\_\_

Número de grupo : \_\_\_\_\_ Titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del dueño de la póliza: \_\_\_\_\_

Dueño de la póliza SSN: \_\_\_\_\_ Segundo seguro (si es aplicable): \_\_\_\_\_

**Medicamentos:** \_\_\_\_\_

**Motivos para la visita:** \_\_\_\_\_



## PÓLIZA FINANCIAL

COASTLINE THERAPY GROUP, LLC trabaja proactivamente para detener el incremento del costo de los servicios proveídos en nuestra práctica. Lo siguiente es un resumen de nuestra política de pagos

### **TODOS LOS PAGOS DEBEN SER REALIZADOS EN EL MOMENTO DE RECIBIR NUESTROS SERVICIOS**

El pago es requerido en el momento que brindamos el servicio amenos que se realicen algunos ajustes por adelantado

Coastline Therapy Group, LLC acepta efectivo, cheque personal(estatales), y money order se cobra una tarifa de \$35.00 por el servicio de devolución de cheques. Si hay una devolución de cheque no podremos recibir más sus cheques.

Pacientes con un balance de 60 días de atraso deben hacer cambios en sus pagos antes de programar o mantener sus citas ya programadas. Sabemos que algunos de nuestros clientes tienen dificultades financieras en ocasiones. Es por eso que se debe comunicar con nosotros y hacer un esfuerzo para realizar los pagos.El pago es esperado que se realice en el momento del servicio de quien sea que traiga el paciente a la cita.

Entiendo que si tengo un saldo pendiente de pago a Coastline Therapy Group y no hago arreglos de pago satisfactorios, mi cuenta puede ser colocada con una agencia de cobros externa. Yo seré responsable del reembolso de los honorarios de cualquier agencia de cobro, que puede basarse en un porcentaje a un máximo del 35% de la deuda, y todos los costos y gastos, incluyendo la colección razonable y honorarios de abogados incurridos durante los esfuerzos de recolección. Con el fin de Coastline Therapy Group o su agencia de cobro externa designada para el servicio de mi cuenta, y donde no esté prohibido por la ley aplicable, estoy de acuerdo en que Coastline Therapy Group y la agencia de cobro externa designada están autorizados a (i) ponerse en contacto conmigo por teléfono con el número (s) de teléfono que he proporcionando, incluyendo números de teléfono inalámbricos, en cual podría resultar en cargos para mí, (ii) ponerse en contacto conmigo por el envío de mensajes de texto (tarifas de mensajes y datos pueden aplicar) o correos electrónicos, utilizando cualquier dirección de correo electrónico que proporcione y (iii) los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados / artificial mensaje de voz y / o el uso de un dispositivo de marcación automática, según proceda. Además, doy mi consentimiento a la agencia de cobros externa designada para que comparta información personal de contacto y relacionada con la cuenta con terceros proveedores para comunicar información relacionada con la cuenta a través de teléfono, mensaje de texto, correo electrónico y notificación por correo.

### **SEGURO**

Todas las tarjetas de seguros y la información necesaria para la presentación de reclamaciones a su compañía de seguros deben ser proporcionados en o antes de la primera visita. Facturamos a las compañías de seguros participantes como una cortesía para usted. Se espera que usted pague su deducible y copagos en el momento del servicio. Su plan de seguro nos ha dado una estimación de su responsabilidad. Esto no garantiza el pago de ellos o la cobertura de los servicios. **Si no hemos recibido el pago de su compañía de seguros dentro de 60 días de la fecha del servicio por cualquier razón, se espera que usted pague el saldo en su totalidad. Usted es responsable de todos los cargos.** Si usted no ha pagado su saldo dentro de 90 días de aviso, su cuenta será enviada a colecciones. Si necesita ayuda o tiene alguna pregunta, póngase en contacto con la recepción de la clínica en la que se ha atendido a su hijo.

### **CARTAS DE NECESIDADES MÉDICAS**

Las cartas de necesidades médicas para servicios o equipos se cobrarán al paciente a 30 \$/hora. Las reuniones realizadas en nombre del paciente para obtener servicios o equipos se cobrarán al paciente a 30 \$/hora (las LMN y las reuniones no se cobrarán al seguro. Se cobran **al paciente** a 30 \$/hora.

### **RECOGIDA TARDADAS**

Nos reservamos el derecho de cobrar **\$1.00 por cada minuto** que un padre o guardián llegue tarde a recoger a su hijo.

### **COPIAS DUPLICADAS**

Se enviará por fax una copia de su evaluación inicial y de las revisiones de progreso a su proveedor de atención primaria y se le entregará a usted. Debido a la gran demanda de copias adicionales, habrá un cargo por copias personales. **El costo por copias de 10 páginas o más será de \$10.00. El costo de copias de 30 páginas o más será de \$30.** Las solicitudes de cualquier tipo de información del cliente para ser copiada, enviada por fax o por correo deben tener el consentimiento de divulgación firmado. No se entregarán copias si hay un saldo pendiente.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(firma del asegurado o representante autorizado)



## PÓLIZA DE ASISTENCIA

Nuestra oficina reserva una hora y día específico para la sesión de terapia de su hijo. El éxito de la terapia depende mucho de su asistencia es por eso que, Coastline Therapy Group, LLC tiene la siguiente póliza de asistencia.

Cualquier paciente con excesivas citas perdidas/canceladas será dado de baja de los servicios. En caso de que el paciente cancele 3 citas por cualquier motivo en un **periodo de 4 semanas**, será transferido a la "lista de citas para el mismo día" por el personal administrativo.

Si necesita cancelar su cita, **por favor llame con 24 horas de anticipación de su cita**. Si necesita cancelar su cita fuera del horario de oficina, por favor deje un mensaje de voz.

### CARGO POR CANCELACIÓN DE ÚLTIMO MINUTO/NO PRESENTACIÓN

Si no se presenta o cancela fuera de (menos de 24 horas), se le cobrarán **\$50.00.**

Nuevamente, la asistencia es muy importante para el desarrollo y el éxito en la terapia de su hijo.

Nathan Bageant, CEO

Kim Bageant, CFO

He leído y entendido la póliza de asistencia de Coastline Therapy Group, LLC.

---

Firma del padre

---

Fecha



## CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍA

Yo, \_\_\_\_\_ doy consentimiento a COASTLINE THERAPY GROUP, LLC a grupos designados por COASTLINE THERAPY GROUP, LLC de fotografiar la persona nombrada abajo y usar dichas fotografías con fines promocionales incluyendo publicidad y correspondiente con el médico de atención primaria y para el cuadro del paciente. Entiendo que la fotografía será tomada únicamente para fines referente a COASTLINE THERAPY GROUP, LLC.

Entiendo que toda información perteneciente a mi hijo(hijos) y familia es confidencial y protegida por privacy.act. Puedo revocar este consentimiento en cualquier momento.

Entiendo que el consentimiento para la fotografía es voluntario y ninguno de mis derechos de confidencialidad o privacidad han sido sin mi consentimiento: he sido comunicada y entiendo que la negativa de mi consentimiento de ser fotografiada no afectará en lo absoluto el cuidado y servicio al cual tengo derecho.doy mi consentimiento también a renunciar a todos mis derechos de compensación con el cual puedo tener coneccion con el uso de mi fotografía y/o nombre o la fotografía de mi hijo y/o nombre

Lista de lo cual está dando permiso

\_\_\_\_\_ Redes sociales : Facebook, Instagram, Pinterest, Twitter

\_\_\_\_\_ Registro médico electrónico

\_\_\_\_\_ Publicidad

\_\_\_\_\_ Coastline Therapy Group, LLC company website

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento : \_\_\_\_\_

Nombre del encargado: \_\_\_\_\_

Firma del encargado: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



## ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Entiendo que debo ponerme en contacto con Coastline Therapy Group, LLC para actualizar toda la información demográfica cuando se realice algún cambio. Yo, \_\_\_\_\_, el padre/encargado de \_\_\_\_\_ entiendo que al no actualizar la información toma responsabilidad completa por los pagos no cubiertos por el seguro de mi hijo debido a la información demográfica que no ha sido reportada a Coastline Therapy Group, LLC.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha



## AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento : \_\_\_\_\_

Autorizo Coastline Therapy Group, LLC a revelar información específica de mi record a:

**Por favor marque todo lo que pueda aplicar:**

\_\_\_\_ Departamento de salud

\_\_\_\_ Hospital

\_\_\_\_ Medico Familiar

\_\_\_\_ Médico Referente

\_\_\_\_ Seguro social

\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

**Esta data puede incluir (marque círculo):**

Reportes de  
diagnósticos

Notas de terapias/documentación

Registros de Exámenes de  
audicion

Reportes de otros proveedores/agencias

Entiendo que esta información será usada para propósitos de diagnósticos, consultas y para el desarrollo o revisión de un plan de tratamiento. Esta autorización expira un año de la fecha de haberla firmado(abajo).esta forma de consentimiento ha sido explicada y entiendo el contenido que se publicará, la necesidad de la información, y que hay estatutos y regulaciones que protegen la confidencialidad de la información autorizada. Reconozco que este consentimiento es voluntario y que puedo revocar en cualquier momento excepto en la medida que se hayan tomado medidas basadas en este consentimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha del consentimiento otorgado



## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISAR CUIDADOSAMENTE

USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD buscamos su consentimiento para usar sobre su tratamiento para obtener un pago para el tratamiento, para fines administrativos y para evaluar la calidad de servicio que está recibiendo. Usted puede revocar su consentimiento en cualquier momento. Podríamos usar o divulgar su identificable información de salud sin su autorización por muchas razones sujetas a ciertos requerimientos. También podríamos brindar información de salud sin su consentimiento para fines de salud pública, propósitos de auditoría, estudios de investigación y para emergencias. Brindamos información cuando es requerida por la ley, (fuerzas del orden) en circunstancias específicas. En cualquier otra situación le serán solicitadas una autorización escrita antes de usar o divulgar información de salud. Usted podrá revocar dicha autorización para el uso o divulgación en un futuro.

Podríamos cambiar nuestras políticas en cualquier momento. Antes de hacer cualquier modificación, cambiaremos nuestras notificaciones y publicaremos la nueva política en el área de espera y en todos los cuartos de examinación. Usted también podrá solicitar una copia de nuestra notificación en cualquier momento. Para más información sobre nuestras prácticas de privacidad la atenderemos en el frente con la secretaria.

**Derechos individuales:** en la mayoría de casos usted tiene el derecho de revisar u obtener una copia de su historial médico que nosotros usamos para tomar decisiones sobre usted. Si usted solicita copias, podría pagar una tarifa por el servicio. Usted también tiene el derecho de recibir una lista de ejemplos de donde tenemos historial médico divulgada sobre usted por alguna razón ajena a tratamientos, pagos o relacionados con propósitos de administración, si usted cree falta información en su registro o si importante información tiene derecho de solicitar que corriamos la información existente o agregar la información faltante.

**Quejas:** si está preocupado que hemos violado sus derechos de privacidad o no está de acuerdo con alguna decisión tomada sobre el acceso a su registro puede contactar a la persona en la lista de abajo. Usted puede enviar una queja escrita a su department and human services. La persona listada abajo puede proveer la dirección apropiada si es solicita

### **Nuestro deber legal:**

Podríamos brindar información privada sobre usted si la ley lo requiere, información sobre nuestras prácticas y las siguientes prácticas que están descritas en esta notificación.

Si usted tiene alguna pregunta o queja, por favor contacte: kimberly bageant directamente a [kim@coastlinetherapygroup.com](mailto:kim@coastlinetherapygroup.com)



**NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD DEL PACIENTE  
COASTLINE THERAPY GROUP, LLC**

El departamento de salud y servicios humanos ha establecido una “regla privada” asegurando que la información de salud de una persona está protegida. La regla privada fue también creada con el fin de proveer un estándar para ciertos proveedores de la salud en donde pueden obtener el consentimiento de sus pacientes para usos y divulgaciones de informaciones de salud con el fin de llevar a cabo tratamientos, pagos o operaciones de salud. Como nuestro paciente, queremos que sepa que respetamos la privacidad de su historial médico. Nos esforzamos para tomar siempre precauciones razonables para proteger su privacidad. Cuando es apropiado y necesario, proporcionamos la información mínima necesaria solo aquellos que consideramos que necesitan su información sobre tratamientos, pagos o operaciones sanitarias, con el fin de prestarle una atención médica que sea en nuestro beneficio. También queremos que sepan que apoyamos su acceso a sus registros personales. Podemos tener un trato indirecto (como los laboratorios que solo interactúan con los médicos y no con los pacientes), y puede que tengamos que revelar información médica personal con fines de tratamiento, pago o información médica, pero debe hacerse por escrito. En virtud de esta ley, tenemos el derecho a rechazar el tratamiento si usted decide rechazar la totalidad o parte de su (IMP-información médica personal). No podrá revocar una acción ya realizada que se haya en este consentimiento o en un consentimiento firmado anteriormente. Si tiene alguna objeción a este formulario, pida hablar con Nathan Bageant, Director General. Usted puede tener el derecho de revisar nuestro aviso de privacidad, para solicitar restricciones, y revocar el consentimiento por escrito después de haber revisado nuestro aviso de póliza.

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_





## NOTIFICACIÓN DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO PARA NUESTROS PACIENTES: COASTLINE THERAPY GROUP, LLC

El mal uso de historial médico personal ha sido identificado como un problema nacional causando a los pacientes inconveniencias, agravaciones y dinero. Queremos que sepa todo el personal, gerentes y proveedores están sometidos continuamente a entrenamiento con el fin de entender y cumplir con las reglas y regulaciones gubernamentales sin importar la portabilidad y responsabilidad del seguro de salud con una énfasis particular de la regla de privacidad

### SEGURO DE SALUD. ACTO DE RESPONSABILIDAD Y PORTABILIDAD

#### Notificación de privacidad de nuestras prácticas.

Esta notificación describe cómo su información médica puede ser usada y divulgada y cómo puede tener acceso a esta información. Por favor revíselo cuidadosamente.

#### USOS Y DIVULGACIONES DE HISTORIAL MÉDICO

(1) Estamos obligados por ley a mantener la privacidad para proteger su historial médico en sus registros y proveer este aviso de nuestros deberes legales y privacidad de prácticas con respecto a esta información.

(2) Estamos obligados a acatar los términos de este aviso actualmente en vigor

(3) nos reservamos los derechos de cambiar los términos de este aviso

Nota; en cualquier momento, haciendo la nueva provisión efectiva para todos los registros médicos y registros que tenemos y continuaremos obteniendo todos los cambios en este aviso serán exhibidos y disponibles abiertamente en nuestras oficinas.

Hay un número de situaciones en el cual podríamos usar o divulgar con otra personas o entidades su historial médico confidencial. Ciertos usos y divulgaciones será necesario que usted firme un acuerdo que recibió este aviso de privacidad de prácticas. Estos incluyen tratamientos, pagos, operaciones de atención médica. Para cualquier uso o divulgación de su historial médico será necesario una autorización firmada por usted. Ciertas divulgaciones que son requeridas por ley, o bajo circunstancias de emergencias puede ser hecha sin su consentimiento o autorización. Bajo ninguna circunstancia se usará o divulgará la información necesario de su historial médico para cumplir el propósito previsto de la divulgación Intentaremos de buena fe obtener una notificación firmada de que recibió este aviso de usar y divulgar su historial médico para los siguientes propósitos. Estos ejemplos no están hechos para ser exhaustivos si no, para describir los tipos de usos y divulgaciones que pueden ser hechos por nuestra oficina una vez tenga su consentimiento.

**Tratamientos:** usaremos su historial médico con el fin de tomar decisiones sobre la prestación, coordinación y administración de su cuidado de la salud incluyendo, analizando y diagnosticando su condición y determinando el tratamiento apropiado puede también ser necesario compartir su historial médico con otro proveedor en la salud con quien necesitaremos consultar con respecto a su salud (si hay alguna otra divulgación que ud puede hacer señalarlas aquí) son solo ejemplos de usos o divulgaciones de historial médico respecto a tratamientos que pueden o no pueden ser necesarios en su caso .

**Pagos:** podríamos usar o divulgar su historial médico con el fin de obtener reembolsos de su seguro de salud o de algún otro asegurador por nuestro servicios prestados esto puede incluir determinación de elegibilidad o cobertura de de un apropiado plan de salud, pre-certificado y pre- autorización de servicios o revisión de servicios con el fin de un reembolso. Esta información puede también ser utilizada para reclamos en el manejo de facturas, fines colectivos y procesamientos de datos con la atención médica a través de nuestro sistema.

**Operaciones:** su historial médico puede ser usado en nuestro plan de negocio y desarrollos operacionales, incluyendo mejoramientos en nuestros métodos de operaciones y funciones generales de administración. Esta información podría también ser usada en nuestra planificación de cumplimiento general, actividades de revisión sanitaria, organización de funciones legales y de auditoría.

En algunas circunstancias podríamos usar o divulgar su historial médico sin haber consultado primero su consentimiento o autorización. Esas circunstancias generalmente involucran salud pública y actividades de vigilancia , actividades de aplicación de la ley, procedimientos judiciales y administrativos y en algún evento de muerte.

Podríamos estar obligados a reportar a ciertas agencias información referente al estado de ciertas enfermedades como enfermedades de transmisión sexual o VIH/SIDA. También podríamos estar obligados a reportar sospecha de abusos o abusos documentados, negligencia o violencia doméstica estamos obligados a reportar a las agencias apropiadas información que usted o alguna otra persona está en inminente amenaza de peligro a su salud o su seguridad como resultado. También debemos proporcionar su historial médico cuando se nos ordene por la corte. Podríamos ponernos en contacto con usted de vez en cuando para proveer recordatorios para citas o información sobre alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con su salud que podrían interesarle.



Otros involucrados en su salud: a menos que no esté de acuerdo con proporcionar su historial médico a un miembro de los antes mencionados. Podemos divulgar dicha información tanto como sea necesaria cuidando de sus intereses basada en nuestro profesionalismo, podríamos proporcionar a un miembro de su familia, amigo cercano o alguna persona que usted identifique su historial médico que relaciona directamente con esa persona involucrada en el cuidado de su salud, si ubicación, condición general o deceso. Finalmente podríamos usar o divulgar su historial médico a una pública o privada entidad para asistir en caso de desastres y para coordinar usos y divulgaciones a familiares u individuos autorizados en el cuidado de su salud.

Excepto a lo indicado arriba, su historial médico no será usado o divulgado por ninguna otra persona o entidad sin su autorización. Excepto en la medida en la que la divulgación se haya hecho a una entidad gubernamental requerida por la ley para mantener la confidencialidad de la información, la información nos era divulgada a ninguna otra persona o entidad con respecto a información de tratamiento de salud mental, drogas, o abuso del alcohol VIH/SIDA o enfermedades de transmisión sexual que pueden estar señalados en su historial médico. Igualmente no divulgaremos su historial médico a ningún empleador con el propósito de tomar decisiones referentes a trabajo, a su asegurador, a su abogado como resultado de daños provocados por un accidente automovilístico o a autoridades educacionales sin su autorización escrita.

Usted tiene ciertos derechos sin importar su historial médico:

- (1) Usted podría solicitar que restrinjamos el uso o divulgación de su historial médico para tratamiento, pagos y operaciones o restricciones que involucren su cuidado de salud o el pago por ese cuidado de salud podríamos no estar de acuerdo con las restricciones sin embargo estamos de acuerdo en colaborar con lo antes mencionado. excepto cuando se trata de emergencias, proporcionar información a usted o si de alguna manera estamos obligados por la ley de hacer una divulgación completa sin restricciones.
  - (2) Usted tiene el derecho de solicitar un recibo de comunicación confidencial de su historial médico por cualquier medio alternativo o en cualquier locación alternativa si requiere de tal acomodación podría serle cobrado un cargo extra y será requerido contar con su actual dirección o método de contacto y forma de pago
  - (3) Tiene derecho a inspeccionar, copiar y solicitar acceso a su historial médico esto no incluye notas de psicoterapeuta que se encuentran registradas o información compilada con anticipación o para uso en una acción civil, criminal o administrativa.
- (4) todas las solicitudes para inspección, copias o enmendando y todas las solicitudes relacionadas con sus derechos sobre este aviso debe hacerse por escrito y enviada a las oficinas privadas a nuestra dirección. Le responderemos a su solicitud en un tiempo oportuno, hacemos exentas a otras personas o entidades de brindar información cuando se trata de divulgación con el propósito, pagos o cualquier tipo de operación, divulgación incidental a otra divulgación o uso permitido y si de algún manera es permitida por la ley, no se le cobrará ningún cargo por un lapso de doce meses, sin embargo si se le será cobrado un cargo razonable por cada solicitud por cualquier informe dentro del periodo de esos doce meses
- (5) tiene un derecho limitado de recibir un informe de toda la divulgación
- (6) si se le proporcionó este aviso electrónicamente, tiene el derecho de obtener una copia en papel de este aviso y llevarse uno con usted a casa si así lo desea
- (7) menores de edad: información médica será discutida/dada a los padres o responsables
- (8) personas de 18 años y mayores información médica es dada únicamente al paciente a menos que un acuerdo firmado por el paciente que permite al padre/responsable de obtener esa información (a menos que el paciente no esté competente para recibir dicha información, de ser así la documentación, debe ser apuntada en el cuadro del paciente.
- (9) información médica sobre esposos u otros pacientes no será proporcionada a nadie ajeno a menos que presente una autorización firmada.
- Información médica protegida ha sido presentada a mí por Coastline Therapy Group, LLC ACEPTO que la información médica dada mía y de mi hijo subrayada arriba. Este consentimiento es válido hasta que decida cambiarlo en algún momento. Para cualquier tipo de cambio se necesita un aviso escrito con 30 días de anticipación y ser enviado a las oficinas de Coastline Therapy Group, LLC, 3901 Wrightsville Ave, Suite 120, Wilmington, NC 28403.
- Puede llenar un reclamo para nosotros o a la secretaría de salud y recursos humanos si usted sospecha que su derecho a la privacidad con respecto a la confidencialidad de su historial médico ha sido violado. Todas las quejas deben ser por escrito y deben ser enviadas al oficial de privacidad (si tiene alguna queja sobre nosotros) o de la persona designada por el departamento de salud y recursos humanos de USA. en caso de no poder resolver sus dudas o quejas usted no se verá afectado por presentar dichas quejas. Más información sobre quejas está disponible en el sitio web del gobierno <http://www.hhs.gov/ocr/hipaa>.



## FORMA

He recibido la notificación de privacidad y prácticas y me han proporcionado la oportunidad de revisar cuidadosamente.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
(Paciente)

Firma: \_\_\_\_\_  
(padre/encargado)

Nombre: \_\_\_\_\_  
(padre/encargado)

Fecha: \_\_\_\_\_ Testigos: \_\_\_\_\_