Always Sunny Pediatrics
HIPAA Compliance Patient Consent Form

Our Notice of Privacy Practices provides information about how we may use or disclose protected health information.

The notice contains a patient's rights section describing your rights under the law. You ascertain that by your signature that you have reviewed our notice before signing this consent for:

Patient: _____ Birthdate: _____

Patient: _____ Birthdate: _____

Patient: _____ Birthdate: _____

Patient: _____ Birthdate: _____

Patient: _____ Birthdate: _____

The terms of the notice may change, if so, you will be notified at your next visit to update your signature/date.

You have the right to restrict how your protected health information is used and disclosed for treatment, payment or healthcare operations. We are not required to agree with this restriction, but if we do, we shall honor this agreement. The HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996) law allows for the use of the information for treatment, payment, or healthcare operations.

By signing this form, you consent to our use and disclosure of your protected healthcare information and potentially anonymous usage in a publication. You have the right to revoke this consent in writing, signed by you. However, such a revocation will not be retroactive.

- Protected health information may be disclosed or used for treatment, payment, or healthcare operations.
- The practice reserves the right to change the privacy policy as allowed by law.
- The practice has the right to restrict the use of the information but the practice does not have to agree to those restrictions.
- The patient has the right to revoke this consent in writing at any time and all full disclosures will then cease.
- The practice may condition receipt of treatment upon execution of this consent.

May we phone, email, or send a text to you to confirm appointments?	YES	NO
May we leave a message on your answering machine at home or on your cell phone?	YES	NO
May we discuss your medical condition with any member of your family?	YES	NO

If YES, please name the members allowed:

_____

_____

This consent was signed by: _____

Relationship to child:_____

(PRINT NAME PLEASE)

Signature: _____ Date: _____

Witness: _____ Date: _____

Always Sunny Pediatrics

Formulario de consentimiento del paciente para el cumplimiento de la HIPAA

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar o divulgar información médica protegida.

El aviso contiene una sección sobre los derechos del paciente que describe sus derechos legales. Con su firma, usted confirma haber revisado nuestro aviso antes de firmar este consentimiento para:

Paciente: Fecha de nacimiento:

Paciente: Fecha de nacimiento:

Paciente: Fecha de nacimiento:

Paciente: Fecha de nacimiento:

Los términos del aviso pueden cambiar; de ser así, se le notificará en su próxima visita para que actualice su firma y fecha.

Tiene derecho a restringir el uso y la divulgación de su información médica protegida para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, cumpliremos este acuerdo. La Ley HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996) permite el uso de la información para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.
Al firmar este formulario, usted consiente el uso y la divulgación de su información médica protegida, así como su posible uso anónimo en una publicación. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, con su firma. Sin embargo, dicha revocación no

- La información médica protegida puede divulgarse o utilizarse para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. será retroactiva.
- El consultorio se reserva el derecho de modificar la política de privacidad según lo permita la ley.
- El consultorio tiene derecho a restringir el uso de la información, pero no está obligado a aceptar dichas restricciones.
- El paciente tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, cesarán todas las divulgaciones completas.
- El consultorio puede condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este consentimiento.

¿Podemos llamarle, enviarle un correo electrónico o un mensaje de texto para confirmar las citas? SI NO

¿Podemos dejarle un mensaje en su contestador automático o en su celular? SI NO

¿Podemos hablar sobre su condición médica con algún miembro de su familia? SI NO

En caso afirmativo, indique los miembros permitidos:

Este consentimiento fue firmado por:

Parentesco con el niño:

Firma: Fecha:

Testigo: Fecha: