



**Consentimiento del Paciente para el Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida**

Por la presente, doy mi consentimiento para que CareVille Pediatrics P.A use y divulgue información de salud protegida (PHI) sobre mis hijos para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica. (TPO)

Con este consentimiento, CareVille Pediatrics PA puede **LLAMAR** a mi hogar u otra ubicación alternativa y dejar un mensaje en el correo de voz o en persona con respecto a cualquier artículo que ayude a la práctica a llevar a cabo TPO, como recordatorios de citas, artículos de seguro y cualquier llamada relacionada con atención clínica para niños / as, incluidos resultados de laboratorio, entre otros.

Mi número de casa \_\_\_\_\_ mensaje para llamar a la oficina / mensaje detallado.

Mi número de trabajo \_\_\_\_\_ mensaje para llamar a la oficina / mensaje detallado.

Mi número de celular \_\_\_\_\_ mensaje para llamar a la oficina / mensaje detallado.

Doy mi consentimiento, CareVille Pediatrics P.A, puede **ENVIARME POR CORREO** a mi hogar o ubicación alternativa en cualquier momento que pueda ayudar al práctico a llevar a cabo TPO, que puede incluir tarjetas recordatorias de citas y declaraciones de patente siempre que sean personal y confidencial.

Dirección para correos: \_\_\_\_\_

Doy mi consentimiento, CareVille Pediatrics P.A para enviar por **Correo Electrónico** a mi hogar u otra ubicación alternativa cualquier artículo que ayude a la práctica a llevar a cabo TPO, que puede incluir tarjetas de recordatorio y declaraciones de pacientes. Tengo derecho a solicitar que CareVille Pediatrics P.A restrinja sus usos o divulgue las restricciones de mi solicitud, pero si lo hace, está sujeto a este acuerdo.

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que CareVille Pediatrics P.A use y divulgue mi PHI para llevar a cabo TPO. Puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la practica ya haya hecho divulgaciones basándose en mi consentimiento previo.

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

Nombre impreso del padre / tutor legal: \_\_\_\_\_

Firma del padre / tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_