



Declaracion de Autorizacion para Permiso Medico

(Esto es para la niñera, niñera privada, familiar o amigo/a quien usted autoriza para traer a su niño/a para una cita) En mi ausencia doy autorizacion a las proximas personas para que determinen el tratamiento medico para mi hijo/a. Entiendo que esta persona tendra que mostrar su identificacion, traer la informacion correcta de la aseguranza y el copago debido para cada visita. Tambien entiendo que es mi responsabilidad de notificar a PediPlace en escrito si las personas autorizadas cambian.

_____/_____/_____
Nombre Escrito De Paciente Fecha de Nacimiento

_____/_____
Nombre de Guardian #1 Relacion Nombre de Guardian #2 Relacion

Firma de Padre/Guardian Nombre Escrito de Padre/Guardian Fecha

Autorizacion para el Tratamiento de un Menor

Yo autorizo a PediPlace y a sus pediatras, enfermeras practicas, asistentes de enfermeras, o estudiantes para que examinen y traten a mi niño (a) como consideren sea necesario. Y voluntariamente doy mi consentimiento a los procedimientos que incluyen pero no limitan evaluaciones diagnosticos, tratamientos medicos y de cirugia, u otras formas necesarias de tratamiento. Tambien entiendo que la practica de medicina no es ciencia exacta y no hay garantia de los resultados de los tratamientos, procedimientos o exámenes hechas por PediPlace. Tambien comprendo que todas las opciones seran discutidas antes de la administracion de los tratamientos, procedimientos o exámenes.

Firma de Padre/Guardian Nombre de Padre/Guardian Fecha

Reconocimiento que ha Recibido una Copia de la Poliza de Privacidad

Yo reconosco que he revisado una copia de al Poliza de Privacidad , que explica:

- Como esta oficina usara y liberara mi informacion de salud protegida.
- Mis derechos al respecto de mi informacion protegida de salud.
- La obligacion de la oficina al respecto del uso y liberacion de mi informacion de salud protegida.

Entiendo que la Poliza de Privacidad se puede volver a hacer de tiempo a tiempo y puedo recibir una copia si asi lo deseo.

Tambien reconosco que si tengo preguntas o quejas puedo contactar:

Official de Privacidad, Siobhan Vandiver
972.436.7962

Firma de Padre/Guardian Nombre Escrito Fecha

Firma de Oficina (Para uso de oficina solamente)