



Pediátrica Consentimiento para dejar mensajes/compartir información con amiliares/amigos

Entiendo que para Texas Pediatric Specialties & Family Sleep Center (TPS &FSC) para dejar mensajes detallados que contienen información específica en mi correo de voz o contestador automático, necesito dar mi permiso para TPS y FSC.

Consentimiento para dejar mensajes:

Doy mi consentimiento a TPS & FSC para dejar un mensaje en mi correo de voz /máquina de respuesta sobre los resultados de laboratorio de mi hijo/hija. Entiendo que "se excluirá la información sensible como se indica a continuación.

Sí

No

Consentimiento para información compartida con Familiares y Amigos:

Los nombres que se enumeran a continuación son familiares o amigos a quienes estoy concedo permiso para que el proveedor de atención médica de mi niño/niña y sus representantes en TPS y FSC discutan verbalmente su mejor cuidado usando su mejor y concederles permiso para revelar la salud información que sea relevante para su cuidado.

Sí

No

Bajo la Ley de Privacidad de HIPAA estamos permitidos, y podemos hacer un juicio profesional de que ciertas divulgaciones son en su mejor interés, incluso sin esta firma. Entiendo que la información se limita a discusiones verbales y que no se proporcionará copias en papel de la información médica protegida de mi hijo/a sin mi firma en una publicación del Formulario de Información.

Entiendo que alguna información, como se enumera a continuación, se considera "sensible". Entiendo que debo revisar las casillas específicas para que mi proveedor o su designado publiquen cualquier información "sensible".

1. Condiciones médicas
2. Salud Mental/ Trastornos psiquiátricos (incluyendo Depresión)
3. Dependencia Química (Abuso/tratamiento de drogas y/o alcohol)
4. Información sobre el embarazo

Nombre:

Relación:

Nombre del paciente (Por favor Imprima): _____ **DOB:** _____

Firma del paciente o del padre/tutor: _____ **Fecha:** _____