

Pediatric Associates of Franklin, P.A.

190 Riverview Street, Suite #2

Franklin, NC 28734

Phone: 828-369-4444 Fax: 828-369-4241

Frederick A. Berger, M.D., FAAP S. Douglas Egge, M.D. FAAP

Kevin J. Foley, M.D., FAAP Shana F Egge, M.D. FAAP

Christina S. Sapp, MSN, NP-C

PATIENT CONSENT FORM

El departamento de salud y servicios humanos ha establecido una "regla de privacidad" para ayudar a asegurar que la información personal de atención de la salud está protegido para la privacidad. La regla de privacidad también fue creada para proporcionar un estándar para ciertos proveedores de atención médica obtener el consentimiento de sus pacientes para usos y divulgaciones de información de salud sobre el paciente para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Como nuestro paciente que queremos que se sepa que nos respetan la privacidad de sus registros médicos personales y haremos todo lo que puede para asegurar y proteger la privacidad. Nos esforzamos siempre tomar las precauciones razonables para proteger su privacidad. Cuando es apropiado y necesario, proporcionamos la mínima información necesaria para sólo los consideramos son necesitados de su información de atención médica y la información sobre el tratamiento, pago u operaciones de atención médica para proporcionar la atención de la salud que está en su mejor interés. También queremos que sepa que nosotros apoyamos su pleno acceso a sus registros médicos personales. Nos puede tener relaciones indirectas de tratamiento con usted (por ejemplo, en los laboratorios que sólo interactúan con los médicos y no de los pacientes) y puede que tenga que revelar información de salud personal para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Estas entidades más a menudo no tienen que obtener el consentimiento de los paciente. Usted puede negarse a consentir el uso o la divulgación de su información de salud personal, pero esto debe ser por escrito. En virtud de esta ley, tenemos derecho a rechazar el tratamiento si decide a negarse a revelar la información Personal de la salud (PHI). Si decide dar el consentimiento en este documento, en el futuro, puede solicitar a rechazar la totalidad o parte de su PHI. Usted no podrá revocar las acciones que se han tomado ya que dependían de esto o un consentimiento previamente firmado. Si tiene alguna objeción a este formulario, por favor, pida hablar con nuestro funcionario de conformidad de HIPAA. Usted tiene el derecho a revisar nuestro aviso de privacidad, solicitar restricciones y revocar el consentimiento por escrito después de revisar los temas nuestro aviso de privacidad.

Nombre del paciente: _____

firma del padre o tutor: _____ Date: _____

Pediatric Associates de Franklin tiene mi permiso para liberar todo de mi PHI a lo siguiente:

1. _____

2. _____

3. _____

Esta información puede entregarse por teléfono, fax, correo o puede ser recogida por los individuos arriba.

Por la presente consiente y le autoriza para liberar copias de mis registros médicos, incluidos los registros médicos actuales y anteriores de otras prácticas y los profesionales, hospitales y clínicas que forman parte de mis registros médicos. Tenga en cuenta: Esta autorización incluye el consentimiento para la liberación de alcohol, drogas, información psiquiátrica y psicológica; y cualquier información relacionada con el embarazo, enfermedades de transmisión sexual, la prueba del VIH, SIDA y cualquier síndromes relacionados con el SIDA. También incluye cualquier información sobre el cáncer, pruebas de cáncer y los resultados de cáncer. Estoy de acuerdo en que una copia de esta versión o un fax de esta versión será tan válido como esta versión original.