Nota De Reconocimiento de Privacidad Medica

Yo _____ reconozco que he recibido una copia de

PEDIATRIX 'Nota de la Privacidad Medica'. Esta Nota describe como PEDIATRIX puede usar y puede reveler mi informacion protegida de la salud, ciertas restricciones en el uso y la revelacion de mi informacion de salud, y de los derechos que puedo tener considerando mi informacion medica protegida.

EN UN ESFUERZO PARA PROTEGER LA INFORMACION DE SALUD DE LOS PACIENTES (COMO ESTA ESPECIFICADO POR HIPAA), PEDIATRIX REQUIERE QUE CADA PACIENTE SEA IDENTIFICADO POR UNA CLAVE:

La Clave sera los 4 ultimos numeros del seguro social de los padres. (El numero de cualquiera de los padres.) Si no tiene seguero social anote un numero que usted se recuerde que nos dio.

COMPARTA EL NUMERO DE CLAVE CON AQUELLOS QUE LO NECISITEN.

Es importante que le de la clava a aquellas personas que tienen permiso a tener asceso a la informacion de salud de su hijo/a (por ejemplo: Abuelos, personas que cuidan a sus hijos, enfermeras de la escuela, etc.) Esto incluye pero no esta limitado a cualquier persona que traiga a su hijo/a para las citas, recibir llamadas por telefono, faxes, informacion, o recoger recetas o informacion en la oficina.

CUALQUIER PERSONA QUE SE LE PIDA LA CLAVE CORRECTA Y NO LA SEPA NO SE LE PODRA DAR INFORMACION MEDICA DEL PACIENTE.

POR FAVOR IMPRINA CLARAMENTE, Y LLENE LA INFORMACION EN LA PARTE DE ABAJO.

_____	_____	_____
LOS 4 ULTIMOS NUMEROS DEL SEGURO SOCIAL DE LAMAMA	LOS 4 ULTIMOS NUMEROS DEL SEGURO SOCIAL DEL PAPA	CUATRO NUMEROS QUE USTED SE RECUERDE

NOMBRE DE NINOS QUE SON PACIENTES DE PEDIATRIX Y FECHA DEL NACIMIENTO

_____ _____

Firma de Padres or Guardian | Fecha

_____

Relacion Del Paciente

EL NOMBRE	**FECHA DEL NACIMIENTO**	NUMERO DE CUENTA (Para cl uso de la officina solemente)

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE EL HIPAA, POR FAVOR PIDALA VIA