



CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:

Al firmar a continuación, estoy de acuerdo en mi nombre o en nombre de mi hijo(a) con recibir atención médica de Heartfelt Pediatrics. Entiendo que:

- Este consentimiento para el tratamiento estará en vigor mientras yo/mi hijo(a) sea paciente de Heartfelt Pediatrics.
- Autorizo y consiento voluntariamente para la participación y el tratamiento mío/ de mi hijo(a) en una consulta de telesalud y / o llamada a casa y / o tratamiento con Heartfelt Pediatrics.
- Cualquier fotografía del paciente tomada en relación con el tratamiento médico se considerará parte del historial médico del paciente y podrá usarla el proveedor de servicios médicos del paciente únicamente con fines de identificar al paciente.
- Puedo anular este consentimiento por escrito, salvo en lo que respecta a la información que ya se haya usado o divulgado.

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Mi información médica protegida está compuesta por el historial médico, pruebas y tratamientos de mi hijo(a).

Al firmar este formulario, entiendo y acepto que Heartfelt Pediatrics puede usar o divulgar mi información médica protegida como se describe en el Aviso de prácticas de privacidad que se le entregó.

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE RECETAS

Al firmar a continuación, reconozco que Heartfelt Pediatrics usa SureScripts, Inc., un sistema de receta de medicamentos que permite el intercambio de recetas e información relacionada entre mis proveedores y la farmacia, y doy mi consentimiento para el intercambio de esa información. Entiendo que la información enviada entre estos sistemas puede incluir detalles de todos los medicamentos recetados que mi hijo(a) o yo estemos tomando actualmente y/o hayamos tomado en el pasado, y que esa divulgación puede incluir información de recetas relacionadas con el abuso de alcohol y drogas, tratamiento de salud mental y/o información confidencial relacionada con el VIH.

En caso necesario, este formulario se revisó conmigo a través de un intérprete.

Nombre del paciente en letra de molde

Fecha de nacimiento del paciente

Firma del padre/madre/tutor legal

Nombre en letra de molde del padre/madre/tutor legal

Fecha de hoy