



El Consentimiento Para Propósitos de Tratamiento, Pago y Operaciones de Atención Médica

Aviso referente a la política de confidencialidad y Consentimiento para revelar su información para tratamiento, para pago, y para trámites de atención de la salud confirmación por la oficina de Bakersfield Pediatrics.

Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Nosotros conservamos un expediente de los servicios médicos que proporcionamos. Usted nos puede pedir que le mostremos ese expediente y que le permitamos sacarle una copia. También nos puede pedir que corrijamos dicho expediente. No revelaremos su información a otras personas a menos que usted nos lo pida a la ley lo autorice o nos obligue a hacerlo. Usted puede ver su expediente u obtener más información sobre el mismo comunicándose con la oficina (661) 663-4700.

Nuestro Aviso referente a la política de confidencialidad describe con mayor detalle de que manera se puede utilizar y revelar su información de salud y como puede usted obtener acceso a su información.

Por medio de mi firma a continuación acuso recibo del Aviso referente a la política de confidencialidad o puede ver una copia de Aviso Referente a la Política de Confidencialidad en la sala.
Este formulario se conservará en su expediente médico.

Fecha _____

Firma del paciente o su representante autorizado _____

Nombre en letra de imprenta si alguien firmo en nombre del paciente _____

Parentesco con el paciente (Padre, tutor representante, etc.) _____

Firma de la persona de oficina _____

Si usted tiene restricciones de nosotros reveleramos su información a otras personas, escribe aquí.