



**Acuse de Recibo de la Notificación CareVille Pediatrics de Practicas de Información de Salud,  
Oficina y Políticas Financieras**

La Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPPA) es una regulación del gobierno federal diseñada para garantizar que conozca sus derechos de privacidad y como nuestro personal puede demandar la información medica de su hijo al proporcionar y organizar su atención médica.

Al solicitarlo, se le entregará una copia de las políticas oficiales y financieras de CareVille Pediatrics PA al firmar este formulario, usted reconoce que ha recibido una copia de CareVille Pediatrics, notificación de información de salud privada, oficina y practicas financieras y políticas de PA.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Paciente fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Preferencia del paciente respecto a la comunicación de información de salud**

¿Hay alguien que pueda tomar un mensaje sobre la atención médica o los resultados de sus hijos? \_\_\_\_\_

Por la presente, doy permiso a CareVille Pediatrics, P.A para divulgar y discutir cualquier información relacionada con las afecciones médicas de mi hijo a / con los siguientes miembros de la familia, otros familiares y / o amigos personales cercanos:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Contacto Información: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Contacto Información: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Contacto Información: \_\_\_\_\_

La duración de esta autorización es indefinida a menos que se revoque por escrito. Entiendo que las solicitudes de información medica de personas no mencionadas anteriormente requerirán una autorización especifica antes de la divulgación de cualquier información médica.

Forma del Padre o Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_