

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE LA NOTIFICACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Mi firma a continuacion indica que se me ha entregado una copia de la notificacion de las practicas de privacidad, he recibido una copia de este documento, lo revise y lo entiendo.

Nombre del Paciente (por favor imprimir)

Fecha

Padre/Tutor Legal (por favor imprimir)

Firma

AUTORIZACION DE COPARTICIPACION

Yo, _____

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Numero de Telefono

Autorizo a el DR. Travis Carter/ Dr. Samantha Price, a compartir la informacion del cuidado de mi salud con las personas indicadas en la lista que sigue.

Nombre del Coparticipante

Numero de Telefono

Relacion

Fecha de Nacimiento

Nombre del Coparticipante

Numero de Telefono

Relacion

Fecha de Nacimiento

Informacion Autorizada:

Toda la informacion sobre el cuidado de mi salud

Diagnostico

Informacion sobre mis citas

Tratamiento

El seguro/reembolso/la cuenta

Pruebas de laboratorio

Otro: Especifique _____

Entiendo que es necesario presentar identificacion adecuada con una foto al pedir la revelacion de informacion confidencial.

Firma del Paciente

Fecha

Padre/Tutor Legal

Fecha