

Pediatric Surgical Associates of Fort Worth
901 Seventh Avenue, Suite 210
Fort Worth, Texas 76104

HIPAA Forma de Consentimiento

Yo doy mi consentimiento al uso o revelacion de mi protectada informacion medico a Pediatric Surgical Associates of Fort Worth (PSA) para el proposito de hacer diagnosticos o para proveer tratamiento para mi hijo(a) or hijos, obteniendo pago para mi hijo(a)/hijos salud y para condusir servicios medicos de PSA. Yo entiendo que el diagnostico y tratamiento de mi hijo (a) o hijos de PSA puede ser una estipulacion de mi concentiminto evidente de la firma de padre/guardian legal en este documento.

Yo entiendo que you tengo el derecho de pedir una restriccion en la forma de como la informacion medica es revelada para proveer tratamiento, pago o servicios medicos de la clinica. PSA no esta requerido a concordar con las restricciones que you pido. Sin embargo, si PSA si esta de acuerdo con los restricciones que you pido, las restricciones son obligacion para PSA y sus doctores.

Yo tengo el derecho a revocar este concentimiento, en escrito, a cualquier hora, a menos que PSA ha tomado accion en confiar en este concentimiento.

Mi "protectada informacion medica" significa informacion de salud, incluyendo informacion demografica, creada o adquerido de mi o recibido de mi doctor, otro proveedor medico, y patron o otra casa de informacion medica. Este protectada informacion medica esta relacionada a reciente or futura fisico o mental salud o condicion e identifica mi hijo (a)/hijos, o hay una probalidad razonable que la informacion puede identificar mi hijo (a)/hijos.

Yo entiendo que tengo el derecho de revisar Pediatric Surgical Associates Anuncio de Practica Privada que esta localizada en la oficina de frente. Este documento describe mis derechos y los responsabilidades de PSA pertinentes a mi protectada informacion medica.

PSA reserve el derecho de cambiar el Practica Privada que esta fijado en el Anuncio de Practica Privada. Yo puedo obtener una copia corregida de el Anuncio de Practica Privada llamando y pidiendo que me den una copia a la hora de mi proxima cita.

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Nombre de Padre o Gauardian Legal (letra de Molde)

Firma del Padre o Guardian Legal

Fecha

Relacion al Paciente