

Infants' and Children's Clinic, P.C.
PERMISO PARA QUE NIÑOS SEAN VISTOS POR MEDICO CON OTRA PERSONA A PARTE
DE PADRES/GUARDIAN

Nombre del paciente: _____	Fecha de nacimiento: _____
Nombre del paciente: _____	Fecha de nacimiento: _____
Nombre del paciente: _____	Fecha de nacimiento: _____
Nombre del paciente: _____	Fecha de nacimiento: _____
Nombre del paciente: _____	Fecha de nacimiento: _____

Infants' and Children's Clinic, P.C. ya no puede tratar a su hijo/a por teléfono o en persona sin un padre biológico o guardián legal presente en una situación que no sea de emergencia. La única excepción a esto es si Infants' and Children's Clinic, P.C. tiene este formulario en el archivo. Puede completarlo en nuestra oficina y dejar que un miembro de nuestro personal sea testigo de su firma. Otra opción es que un notario público certifique este formulario y nos lo envíe por correo, 421 W. College Street, Florence, AL 35630, o lo traiga por nuestra oficina.

Las siguientes personas tienen permiso para llevar a mi hijo/a a la clínica: Infants' and Children's Clinic, P.C. para ser visto y llamar al personal de triaje de Infants' and Children's Clinic, P.C. para obtener información médica por teléfono para mi hijo/a; ejemplos serían abuelos, niñeras u otros miembros de la familia o amigos que podrían llevar al niño al médico por usted o necesitaría llamar a nuestra oficina con respecto a su hijo/a o para hacer pagos por usted. Ellos tienen plena autoridad para actuar en mi nombre en caso de que se requiera autorización para realizar pruebas o tratamientos (es decir, laboratorios, radiografías, etc.). También pueden recibir información financiera como el saldo de mi cuenta. Entiendo que, si alguna persona que no está en esta lista llama a la clínica Infants' and Children's Clinic, P.C. o trae mi hijo/a a Infants' and Children's Clinic, P.C. excepto en caso de una emergencia, Infants' and Children's Clinic, P.C. no hablara con esta persona ni vera a mi hijo/a en su oficina. Entiendo que es mi responsabilidad solicitar y completar un nuevo formulario si alguna de las siguientes personas debe ser eliminada. Entiendo que puedo pedir que las siguientes personas no reciban ninguna información financiera con respecto a mi cuenta y señalaré esta restricción junto a su nombre a continuación si no quiero que reciban esta información.

Nombre	Relación con Paciente
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Nombre del padre o guardián legal	Fecha
_____	_____
Firma del padre o guardián legal	Testigo / Notario
_____	_____

RECONOCIMIENTO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de vigencia del aviso: Septiembre 23, 2013

Reconozco que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad de Infants 'and Children's Clinic, P.C.

_____	_____
Firma del paciente / padre / guardián legal	Relación con Paciente

_____	_____
Escriba el nombre del padre o guardián legal	Fecha
en letra de imprenta	

____ Keyed
 ____ Scanned