

Arizona Community Physicians
Formulario de divulgación de información para un menor

Número de Cuenta: _____

Nombre del paciente: _____ DOB: _____ Fecha: _____

La confidencialidad de la información médica de nuestros pacientes es muy importante para nosotros.
Entendemos que puede haber circunstancias en las que un miembro de la familia u otro adulto necesite acceso a la información de salud de su hijo.

Enumere los nombres y números de teléfono de cualquier persona que tenga su permiso para tener acceso a los registros médicos de su hijo. Esta información no se limita, pero puede incluir citas, información de facturación y resultados de pruebas.

Nombre del Padre/Guardian _____ Número de Contacto: _____

Nombre del Padre/Guardian _____ Número de Contacto: _____

Nombre de otro adulto: _____ Número de Contacto: _____

Nombre de otro adulto: _____ Número de Contacto: _____

Doy permiso para que mi hijo (a) sea llevado a sus citas médicas por:

Nombre: _____ Relación al Menor: _____

Nombre: _____ Relación al Menor: _____

Se concede permiso para dejar mensajes detallados sobre citas, resultados de pruebas u otra información imperativa en los siguientes números de teléfono:

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

NO DIVULGUE INFORMACIÓN A LAS SIGUIENTES PERSONAS (SE DEBE PROPORCIONAR UNA DIRECTIVA LEGAL SI ES PADRE O GUARDIAN):

Nombre: _____ Nombre: _____

Por favor, ponga las iniciales si su hijo (a) tiene **16 años o más** y usted da permiso para que sea visto sin un adulto:
_____ Yo doy permiso para que mi hijo(a) sea visto sin la presencia de un adulto.

_____ Yo doy permiso para que mi hijo(a) tenga procedimientos menores o vacunas sin la presencia de un adulto.

Reconozco que la información anterior es precisa y que puedo retirar los términos de este acuerdo mediante notificación por escrito.

Firma del padre/ guardián: _____ Fecha: _____

Firma del padre/ guardián: _____ Fecha: _____

Nota: Este es un formulario de consentimiento general y no sustituye el consentimiento informado por escrito por separado que analiza los riesgos, beneficios y posibles efectos secundarios del tratamiento cuando sea necesario (por ejemplo, procedimientos invasivos e inmunizaciones). Las oficinas que tratan a menores deberán asegurarse de que el padre / tutor legal haya firmado y autorizado por separado los formularios de procedimiento o vacuna VIS, antes de la cita, cuando permita que su hijo asista a la visita sin compañía.