



INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Sexo:	Fecha de Nacimiento:
-----------	----------------	-----------------	-------	----------------------

LOS CONSENTIMIENTOS Y PERMISOS SIGUIENTES APLICAN PARA MI Y PARA MI HIJO

Farmacia: Yo autorizo que Hillsboro Pediatric Clinic LLC (HPC) envíe por vía electrónica las recetas a una farmacia participante de mi elección. HPC podrá recibir información electrónicamente sobre el historial de recetas médicas de mi o mi hijo, interacción con medicamentos, requisitos de autorización previa o sustituciones necesarias.

Nombre de Farmacia: _____ **Ubicación:** _____

Método de contacto Preferido: Al confirmar las citas prefiero que HPC me contacte con el método indicado abajo:

- Teléfono
 Correo Electrónico
 Mensaje de Texto

Hogar de Cuidados Médicos Primarios: Como un Hogar de Cuidados Médicos Primarios (“Hogar Medico”) HPC se compromete a proporcionar la más alta calidad de Cuidado Primario Centrado en el Paciente. El cuidado de HPC será entregado por un equipo de profesionales de la salud, incluyendo Médicos y Enfermeras Pediátricas, Enfermeras Registradas, Asistentes de Médicos, y otro personal calificado. Yo seré animada y apoyada mientras participo en el cuidado de mis niños. El objetivó es asegurar que las necesidades de atención medicas estén coordinados para mí y mi hijo(a) para que tengamos el mejor resultado de salud posible. Para más detalles estoy de acuerdo que tengo acceso a un Folleto del Hogar Medico de HPC.

Autorización para tratamiento: Al firmar le doy permiso a HPC de proveer cuidado médico a mí o mi hijo(a). Al firmar esta forma yo autorizo el uso y divulgación de mi información de salud protegida a la Clínica para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la práctica ya haiga relevado información sobre mí por causa de mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, Hillsboro Clínica Pediátrica LLC puede negarse a facilitar tratamiento al paciente que aparece arriba.

DOY MI CONSENTIMIENTO:

Nombre de Paciente o Tutor Legal: _____ **Relación al paciente:** _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Aviso de Practicas de Privacidad: También reconozco que he tengo acceso a una copia completa del Aviso de Practicas de Privacidad que con detalles explica como protegemos la información médica de usted y/o la de su hijo y como puede tener acceso a una copia de la información.

DOY MI CONSENTIMIENTO:

Firma: _____ **Fecha:** _____

Patient or responsible party refused to sign the acknowledgement. _____