



Consentimiento Para Obtener Historial Recetario Externo

Yo, _____, de quien es mi firma mas abajo, autorizo a Happy Kids Pediatrics, y sus Proveedores Afiliados ver el historial recetario externo de mi hijo via el servicio de ePrescribing. Entiendo que este historial puede incluir informacion de varios otros proveedores medicos, aseguranzas de salud, y gerenecias de beneficios farmaceuticos que puede ser observado por los proveedores medicos de Happy Kids Pediatrics, y personal de la clinica, y que tambien puede incluir recetas desde hace varios anos.

Se Ortega el derecho de cobrar servicios rendidos

Yo, _____, de quien es mi firma mas abajo, autorizo a Happy Kids Pediatrics, cobrará los servicios rendidos a paciente a la aseguranza y que en caso de que no se cubra el costo a través de la aseguranza, acepto responsabilidad personal para ó transmission electromica de pago por el individuo. En caso de que no se pague el servicio dentro 90 dias se contratará una agencia de coleccion y se añadirá un cobro de proceso de \$25.00 a la cuenta. Se añadirá un cobro de \$25.00 a la cuenta se regresa su cheque por no tener suficientes fondos. Se declara que no hay otra aseguranza que cubrirá la cuota.

Se ortoga el derecho de enviar informacion

Yo, _____, de quien es mi firma mas abajo, autorizo a Happy Kids Pediatrics el derecho de enviar información del exámen cuando sea necesario al cobrar a las aseguranzas. Se Ortoga el derecho de presentar documentos en forma de fotocopia, como si fueran originales, cuando sea necesario.

Se ortoga el derecho de enviar informacion a ASIIS

Yo _____, de quien es mi firma mas abajo, autorizo a Happy Kids Pediatrics, el derecho de enviar información respecto a toda vucuna admistrada a mi o a la persona por la cual estoy autorizado(a) a consentir, a el programa de Arizona State Immunization Information System (ASIIS), otros proveedores medicos y escuelas con el fin de prevenir vacunas repetidas y no necesarias y proveer información de las vacunas recibidas . Entiendo que no estoy obligado(a) a dar este concontentimiento para recibir las vacunas que pido.

El reconocimiento de recibo de nota de privacidad medica

Yo _____, de quien es mi firma mas abajo, reconozco que he recibido una copia de HAPPY KIDS PEDIATRICS "Nota de privacidad medica." Esta nota describo como HAPPY KIDS PEDIATRICS puede usar u reveler mi informacion protegida de mi salud, ciertas restricciones en el uso y la revelacion de mi informacion de salud, y de los derechos que puedo tener considerando mi informacion medica protegida.

HIE Acknowledgement of Patients Rights

I, (INT) _____, acknowledge receipt and have read and understand the Notice of Health Information Practices regarding my provider's participation in the statewide Health Information Exchange (HIE), or I previously received this information and decline a copy"

MI FIRMA CERTIFICA QUE HE LEIDO, Y QUE RECONOZCO EL AMBITO DE APLICACION DE MI CONSENTIMIENTO AL AUTORIZAR ESTE ACCESO DE INFORMACION.

Nombre del Paciente _____ F.de Nac. _____

Nombre del Padre/Madre/Protector _____

Firma del Padre/Madre/Protector _____ Fecha: _____