

La AUTORIZACION PARA el TRATAMIENTO Y la LIBERACION DE INFORMACION

Yo _____ el padre de _____ con la Fecha de nacimiento _____ autoriza las siguientes personas a continuación para llevar a mi hijo a sus citas dentales y sólo Just Kids Dental para brindarles toda la información necesaria de acuerdo con las instrucciones de cuidado en el hogar del paciente. <u>Autorizo a estas personas para tomar decisiones de tratamiento y dar su consentimiento en mi nombre; Reconozco que habrá momentos cuando mi presencia y una firma será necesarios para ciertos procedimientos. Entiendo que si mi hijo está presente con alguien no se enumeran a continuación, mi niño no sera atendido.</u>	
<u>Por Favor Note Como Podemos Ponernos En Contacto Con usted</u>	
<input type="checkbox"/> Todos los números disponibles/inclusive voz envía	
<input type="checkbox"/> en casa/incluyendo correo de voz	<input type="checkbox"/> en casa / Ningún correo de voz
<input type="checkbox"/> trabajo / incluyendo correo de voz	<input type="checkbox"/> trabajo / Ningún correo de voz
<input type="checkbox"/> móvil / incluyendo correo de voz	<input type="checkbox"/> móvil / Ningún correo de voz
<u>LAS PERSONAS AUTORIZADAS A RECIBIR INFORMACION</u>	<u>LA DESCRIPCION DE INFORMACION PARA SER SOLTADA</u>
Verifica a cada persona que usted aprueba para informacion.	Cheque cada que puede ser dado a la persona a la izquierda en la misma seccion.
<input type="checkbox"/> Otros (proporcionar nombre) _____ Relacion al paciente _____ Numero de tel _____	<input type="checkbox"/> Imformacion sobre su cita <input type="checkbox"/> Datos de facturación de familia <input type="checkbox"/> pagos debidos en su cita <input type="checkbox"/> Imformacion sobre su tratamiento
<input type="checkbox"/> Otros (proporcionar nombre) _____ Relacion al paciente _____ Numero de tel _____	<input type="checkbox"/> Imformacion sobre su cita <input type="checkbox"/> Datos de facturación de familia <input type="checkbox"/> pagos debidos en su cita <input type="checkbox"/> Imformacion sobre su tratamiento
<input type="checkbox"/> Otros (proporcionar nombre) _____ Relacion al paciente _____ Numero de tel _____	<input type="checkbox"/> Imformacion sobre su cita <input type="checkbox"/> Datos de facturación de familia <input type="checkbox"/> pagos debidos en su cita <input type="checkbox"/> Imformacion sobre su tratamiento
<input type="checkbox"/> Otros (proporcionar nombre) _____ Relacion al paciente _____ Numero de tel _____	<input type="checkbox"/> Imformacion sobre su cita <input type="checkbox"/> Datos de facturación de familia <input type="checkbox"/> pagos debidos en su cita <input type="checkbox"/> Imformacion sobre su tratamiento
<input type="checkbox"/> Otros (proporcionar nombre) _____ Relacion al paciente _____ Numero de tel _____	<input type="checkbox"/> Imformacion sobre su cita <input type="checkbox"/> Datos de facturación de familia <input type="checkbox"/> pagos debidos en su cita <input type="checkbox"/> Imformacion sobre su tratamiento
<input type="checkbox"/> Otros (proporcionar nombre) _____ Relacion al paciente _____ Numero de tel _____	<input type="checkbox"/> Imformacion sobre su cita <input type="checkbox"/> Datos de facturación de familia <input type="checkbox"/> pagos debidos en su cita <input type="checkbox"/> Imformacion sobre su tratamiento
<u>Derechos del paciente</u>	
Los derechos del Paciente de acuerdo con regulaciones de HIPPA, yo comprendo que tengo el derecho de inspeccionar o copiar la información protegida de la salud para ser revelada como descrito en este documento enviando una notificación escrito a Bromea Sólo Dental. Comprendo que ningún cambio en esta forma no es efectivo en casos donde la información ya ha sido revelada, pero será avanzar efectiva.	
Comprendo que información utilizó o reveló a consecuencia de esta autorización puede ser susceptible a la acerca de-revelación por el recipiente y ya no puede ser protegido por federal o la ley de estado.	

DE PADRE O GUARDIAN FECHA

La FIRMA