



## Formulario de permiso del paciente

He aceptado permitir que ciertas personas participen en la discusión y las decisiones sobre la atención médica de mi(s) hijo(s). Así como otorgar permiso para que las personas puedan actuar según mi comportamiento en caso de que no esté presente en las citas médicas. Por lo tanto, por la presente doy mi permiso para Atlanta Pediatric Partners, PC divulgará mi información médica personal a las siguientes personas:

Nombre \_\_\_\_\_

Relación con los padres \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Relación con los padres \_\_\_\_\_

Condiciones de divulgación (marque los elementos que correspondan):

La práctica puede divulgar mi información de salud personal a las personas mencionadas anteriormente

La práctica puede divulgar mi información de salud personal a las personas mencionadas anteriormente en conversaciones durante mi presencia y cuando no estoy físicamente presente, incluidas divulgaciones por teléfono, fax, correo electrónico o correo postal.

Otras condiciones de divulgación:

\_\_\_\_\_

Entiendo que su consentimiento puede ser revocado en cualquier momento mediante notificación por escrito a la práctica.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre \_\_\_\_\_

Firma del Padre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_