



Consentimiento del paciente para el tratamiento, uso y divulgación de información médica protegida

Consentimiento para el tratamiento y examen

Con este consentimiento, autorizo voluntariamente mi tratamiento médico o el tratamiento médico de mi hijo a los proveedores de Dawson Pediatrics, PC. Por la presente, se otorga permiso para que los pacientes enumerados reciban cualquier procedimiento médico/quirúrgico, radiografías, medicamentos o pruebas de laboratorio, medicación o examen, según lo consideren necesario los médicos.

Entiendo plenamente que se requiere el pago al momento del servicio y que, si presento mis reclamos a mi compañía de seguros, cualquier saldo pendiente será mi responsabilidad. De ser necesario, autorizo la divulgación de mi historial médico a mi compañía de seguros. En caso de que el médico presente los reclamos a mi compañía de seguros, autorizo que los beneficios se le paguen directamente.

Consentimiento para el uso y divulgación de información médica protegida

Por la presente, doy mi consentimiento para que DAWSON PEDIATRICS, PC utilice y divulgue mi información médica protegida (PHI) para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones de atención médica (TPO). (El Aviso de Prácticas de Privacidad proporcionado por Dawson Pediatrics describe dichos usos y divulgaciones con más detalle).

Con este consentimiento, DAWSON PEDIATRICS, PC podrá llamar a mi domicilio o a otra ubicación alternativa y dejar un mensaje en el buzón de voz, contestador automático o con una persona, con referencia a cualquier documento que facilite la realización de la TPO. Dichos documentos incluyen recordatorios de citas, información sobre el seguro y cualquier llamada relacionada con la atención clínica de mi hijo/a. DAWSON PEDIATRICS, PC podrá enviar por correo a mi domicilio o a otra ubicación alternativa cualquier documento que facilite la realización de la TPO, como tarjetas recordatorias de citas, resultados de pruebas y resúmenes de pacientes. Con este consentimiento, DAWSON PEDIATRICS, PC también podrá enviar por correo electrónico a mi domicilio o a otra ubicación alternativa cualquier documento que facilite la realización de la TPO, como tarjetas recordatorias de citas, resultados de pruebas y resúmenes de pacientes.

Me han ofrecido una copia escrita del Aviso de prácticas de privacidad de DAWSON PEDIATRICS, PC antes de firmar este consentimiento.

DAWSON PEDIATRICS, PC se reserva el derecho de revisar su Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. El Aviso de Prácticas de Privacidad revisado se publicará en la oficina o puede obtenerse mediante solicitud por escrito al Oficial de Privacidad, Dawson Pediatrics, 300 Dawson Commons Circle, Ste 320, Dawsonville, GA 30534.

Tengo derecho a solicitar por escrito que DAWSON PEDIATRICS, PC restrinja el uso o la divulgación de mi PHI para llevar a cabo la TPO. El consultorio no está obligado a aceptar las restricciones que solicito, pero si lo hace, está sujeto a este acuerdo.

Puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que el consultorio ya haya realizado divulgaciones basándose en mi consentimiento previo.

Si no firmo este consentimiento, o lo revoco posteriormente, DAWSON PEDIATRICS, PC puede negarse a brindarme tratamiento.

Uso de la información para servicios de asesoramiento (derechos de privacidad de los menores en Georgia)

Según la ley de Georgia, los menores de 18 años tienen derecho a buscar y recibir terapia de salud mental sin el consentimiento de sus padres en ciertas circunstancias. Estas incluyen:

- Si el menor tiene 12 años o más y busca servicios de salud mental relacionados con el abuso de sustancias, la salud mental o el bienestar emocional ser.
- Cuando el menor sea víctima de maltrato.
- Cuando el menor represente un peligro para sí mismo o para otros.

En tales situaciones, se protege la privacidad del menor y sus registros de salud mental no pueden revelarse a los padres o tutores sin el consentimiento del menor, excepto en situaciones en las que exista una amenaza de daño al menor o a otras personas.

Confidencialidad de los registros de asesoramiento

De conformidad con la ley de Georgia, si su hijo recibe asesoramiento o servicios de salud mental, su información se mantendrá confidencial.

Sin embargo, podemos divulgar información en las siguientes situaciones:

- Si existe riesgo de daño al menor o a otras personas.
- Si así lo exige la ley o una orden judicial.
- Para la coordinación de la atención con otros proveedores de atención médica, con el consentimiento del menor.

Aviso que informa a las personas sobre los requisitos de no discriminación y accesibilidad

Dawson Pediatrics, PC cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad

Origen, edad, discapacidad o sexo. Dawson Pediatrics, PC no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Pediatría Dawson, PC:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, como:
 - o Intérpretes de lengua de señas cualificados o
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como: o Intérpretes calificados o
- Información escrita en otros idiomas • Si necesita estos servicios, comuníquese con

Stephanie Pierce



Si cree que Dawson Pediatrics, PC no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante Stephanie Pierce, Administradora, 300 Dawson Commons Circle, Suite 320, Dawsonville, GA 30534, 706-216-2771, Fax 706-216-2944, spierce@dawsonpediatrics.com. Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Stephanie Pierce, administradora, está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, de forma electrónica. a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a: _____

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos
Servicios 200 Independence Avenue, SW

Habitación 509F, Edificio HHH
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Nombre del paciente _____	Fecha de nacimiento _____
Nombre del paciente _____	Fecha de nacimiento _____
Nombre del paciente _____	Fecha de nacimiento _____
Nombre del paciente _____	Fecha de nacimiento _____

~~ Firma del padre/tutor (a menos que tenga 18 años o más) _____ Fecha _____

~~ Relación con el paciente: _____

Sólo para uso interno:
Si un paciente o su representante se niega a firmar el consentimiento del paciente para el uso y divulgación de información médica protegida, documente la fecha y la hora en que se presentó el aviso al paciente y firme a continuación.
Presentado el (fecha y hora): por (nombre y título): _____