



Parte 3 Autorización de HIPPA

Esta autorización se expira un año de la fecha que fue firmada se expirara solamente si se incluye una fecha antes de un año.

Nombre del niño/a: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Yo autorizo a Thera-Play Pediatrics que revele oh obtenga información que sea identificable.

Esta información incluye, información de contacto, fotografías de mi hijo/a, información acerca de su salud física oh mental.

Yo entiendo que:

Me pertenece obtener una copia de esta forma.

Una copia de mi permiso es válida como la original.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento que notifique a Thera-Play Pediatrics en escrito. Ninguna acción va tomar en efecto después que esta autorización sea revocada.

Si yo rechazo esta autorización que sea divulgada para obtener información acerca de mi hijo/a esto no causa que Thera-Play niegue los servicios.

Ya que esta información sea entregada a la tercera persona dependiendo de esta autorización, Thera-Play Pediatrics no puede prevenir que sea divulgada por delante.

Esta autorización no permite la habilidad a Thera-Play Pediatrics en usar oh divulgar la información de mi hijo o solo que sea permitido por el estado oh ley federal.

La información divulgada puede ser oral oh en escrita.

Nombre del Padre/ Guardián Legal: _____

Describe la relación del paciente: _____

Firma del Padre/ Guardián Legal: _____ Date: _____

REVELACION:

Revelar la información a: _____

Revelación de parte de: _____

Fecha: ____/____/____

Tipo de Información: _____
