



## Notificacion de Poliza de Practicas Privadas (HIPAA)

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Direccion del Paciente:

Calle/ PO Box: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Codigo Postal: \_\_\_\_\_

### **POR FAVOR DE LLENAR U OMITA TODAS LAS QUE SEAN NECESARIAS:**

Numeros de Telefono: Casa: \_\_\_\_\_  
Trabajo: \_\_\_\_\_  
Celular: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_  
Otro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma: Padre/Madre o Guardian Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

### **POR FAVOR DE ENLISTAR A TODAS LAS PERSONAS QUE USTED AUTORIZA A TRAER A SU HIJO (S) PARA CITAS Y TRATAMIENTOS:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma: Padre/Madre o Guardian Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

### **POR FAVOR DE ENLISTAR SI USTED AUTORIZA QUE SE LES MANDE INFORMACION ELECTRONICA:** Ex: record de vacunas, laboratorios, visitas, excusas, cobros o recibos

Email: \_\_\_\_\_ Texto: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma: Padre/Madre o Guardian Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha