

BLUE RIDGE PEDIATRICS & ADOLESCENT MEDICINE, INC  
ELECTRONIC MEDICAL RECORDS SIGNATURES (SPANISH)

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Mes Dia Año

**PERMISO PARA TRATAMIENTO**

Yo doy permiso para que los doctores de Blue Ridge Pediatric & Adolescent Medicine, Inc., u otra persona designada por ellos, para que entrevisten, examinen y realizen los exámenes necesarios al menor mencionado anteriormente. Permiso para la evaluación y el tratamiento es otorgado si el niño es presentado por padre, otro miembro de la familia, persona no relacionada, o no acompañado.

**PÓLIZA FINANCIERA**

Yo entiendo y comprendo que yo he recibido una copia de la Poliza Financiera. Autorizo aún más mis beneficios del seguro para ser pagados directamente a Blue Ridge Pediatric & Adolescent Medicine Inc., yo entiendo que soy responsable por todos los pagos y co-pagos deducibles no cubiertos por el servicio.

**HIPAA**

Yo entiendo y comprendo que he recibido una copia de la nota de "Information Practices".

**LA AUTORIZACION DESIGNADA DEL INDIVIDUO**

Por la presente yo autorizo a uno o a todos los individuos abajo mencionados para que soliciten y puedan recibir informacion protegida referente a la salud y al tratamiento de mi hijo. Asi como tambien los pagos y los gastos administrativos relacionado con el tratamiento y costos. Yo entiendo que la identidad de las personas a continuacion mencionadas debe de ser revisada prioritariamente antes de que se le haga entrega de cualquier informacion.

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el niño \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el niño \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el niño \_\_\_\_\_

**CONTACTOS DE EMERGENCIA**

Por favor escriba dos personas que pueden ser contactadas si alguno de los familiares no fuesen conseguidos.

Nombre \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN DE INMUNIZACIÓN**

Yo he leído o me han explicado informacion acerca a enfermedades y vacunas ofrecidas. Yo he tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas a mi entera satisfacion. Yo entiendo los riesgos y beneficios de las vacunas ofrecidas y doy permiso para que se le administren las vacunas al niño al cual yo autorizo por medio de esta peticion. Yo entiendo que cualquier informacion adicional referente a las inmunizaciones pueden ser entrega a mi por una enfermera en cualquier momento.

Nombre en letra imprenta \_\_\_\_\_ Relacion al paciente \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_