Matthews-Vu
Healthcare for Children and Adults

Aviso de Prácticas de Privacidad – Consentimiento para Compartir

En Matthews-Vu Medical Group nos comprometemos a salvaguardar la privacidad y confidencialidad de sus registros médicos, incluida la información personal que comparte con nosotros. Cumplimos con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA).

Para ayudarnos a proteger su privacidad, complete lo siguiente: (***imprima***)
Nombre de paciente_____ Fecha de nacimiento: _____

Número(s) de contacto preferido(s): ¿Podemos dejar un mensaje detallado? S N (***elija uno***)

Teléfono: _____ Celular: _____ Trabajo: _____
Sí No Sí No Sí No

Padre/Tutor #1:_____ Padre/Tutor #2: _____
(Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre) (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre)

Por favor, imprima las personas *adicionales* que tienen permiso para discutir la historia medica suyo/de su hijo y que tienen permiso obtener una copia de la información de su/su hijo

Nombre de persona(s)/Relación	Fecha de Nacimiento	Numero de Teléfono (si disponible)

Esta autorización se aplica a la siguiente información: (***por favor, inicialice***):
Todos los registros _____ Laboratorios _____ Registros de imágenes _____

Inmunizaciones_____

Salud Mental/Salud Conductual _____ Abuso de Sustancias _____

He sido informado y he tenido la oportunidad de revisar las políticas de privacidad de Matthews-Vu Medical Group.

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre del impresor: _____