



**Acuse de recibo y comprensión de las políticas**

Nombre del Paciente

Fecha de

**Acuse de recibo de la política financiera y Código de conducta**

\_\_\_\_\_(iniciales) Entiendo y acepto los términos descritos en la Política financiera de MVP Kids Care.

**Acuse de recibo de no show y política de cancelación**

\_\_\_\_\_(iniciales) Comprendo y acepto los términos descritos en la Política de no presentación y cancelación de MVP Kids Care.

**Acuse de Recibo de Política Pro-Vacunación**

\_\_\_\_\_(iniciales) Entiendo y acepto los términos descritos en la Política de vacunación pro de MVP Kids Care

**Acuse de recibo de la Notificación de Prácticas de Privacidad-Confidencialidad, Participación de intercambio de información de salud, Privacidad y HIPAA (Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud).**

\_\_\_\_\_(iniciales) Revisado y entiendo una copia del Aviso de prácticas de privacidad de MVP Kids Care.

\_\_\_\_\_(iniciales) Acepto recibir mensajes detallados relacionados con la información de salud de mi hijo de MVP Kids Care en:

dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ número de teléfono: \_\_\_\_\_ (Casa/Celular)

\_\_\_\_\_(iniciales) Reconozco que recibí y leí el Aviso de Prácticas de Información de Salud. Entiendo que mi proveedor de salud participa en Health Current, el intercambio de información sobre la salud de Arizona (HIE – por sus siglas en inglés).

\_\_\_\_\_(iniciales) Acepto recibir correspondencia electrónica a través del portal del paciente o mediante un servicio de correo electrónico de tercera parte en nombre de MVP Kids Care

**Reconocimiento de Recepción de Consentimiento para Tratamiento**

Doy mi permiso para que la (s) persona (s) que aparece a continuación traiga a mi (s) hijo (s) para recibir tratamiento, con el entendimiento de que verán o escucharán información sobre el tratamiento médico de su hijo, y posiblemente incluyan protección médica, financiera o personal. Información incluida en el expediente médico de su hijo. Se le puede pedir a esta persona (s) que acepte procedimientos de diagnóstico, inmunizaciones y tratamientos médicos. Esta (s) persona (s) debe tener su información de seguro (tarjeta), y debe pagar su copago, deducible, etc. Y debe proporcionar una identificación cada vez que acompañe a su hijo (s) a las citas. Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar toda la documentación legal relacionada con la tutela o las directivas anticipadas. También he leído, entiendo y acepto los términos descritos anteriormente.

**Individuos Autorizados (incluyéndote a ti mismo):**

\_\_\_\_\_  
Nombre/ Relación con el niño (a)

\_\_\_\_\_  
Número de Teléfono

\_\_\_\_\_  
Nombre/ Relación con el niño (a)

\_\_\_\_\_  
Número de Teléfono

\_\_\_\_\_  
Nombre/ Relación con el niño (a)

\_\_\_\_\_  
Número de Teléfono

**Este consentimiento es válido por un (1) año a partir de la fecha de la firma que se indica a continuación.**

**Reconozco que soy responsable de garantizar que todas mis preguntas e inquietudes hayan sido respondidas con respecto a cualquiera de las políticas anteriores.**

\_\_\_\_\_  
Firma/Relación con el niño (a)

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso

\_\_\_\_\_  
Fecha

**This consent for is valid for one (1) year from the date of the signature listed below.**