

**MOUNTAIN VIEW PEDIATRICS**  
77 W. Forest Avenue Ste. 304 Flagstaff, AZ 86001  
(928-214-3600)

**Consentimiento Del Paciente Para El Uso Y Divul  
Acion De La Informacion De La Salud Protegida**

Con mi consentimiento, Mountain View Pediatrics Puede utilizar y divulgar información de la salud protegida (PHI por sus siglas en ingles) mía para efectuar tratamiento, pago, y operaciones del cuidado de la salud (TPO por sus siglas en ingles). Favor de deferirse al Aviso acerca de las Prácticas de Privacidad de Mountain View Pediatrics para una descripción mas completa sobre dichos usos y divulgaciones.

Tengo el derecho de estudiar su Aviso acerca de las Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Mountain View Pediatrics se reserva el derecho de modificar su Aviso acerca de las Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Un Aviso acerca de las Prácticas de Privacidad enmendado puede obtenerse al dirigirse por escrito a Oficial de la Procacidad de Mountain View Pediatrics a la 77 W. Forest Avenue Suite 304, Flagstaff, Arizona 86001.

Con mi consentimiento, Mountain View Pediatrics puede llamar a mi casa o a otra ubicación designada y dejar un mensaje en el buzón de voz o con una persona respecto a cualquier asunto que les ayude en relacionada con mi cuidado clínico, incluyendo resultados de laboratorio, entre otros.

Con mi consentimiento, Mountain View Pediatrics puede manarme cartas que les ayuden a desempeñar sus TPO a mi casa o a otra ubicación designada, tales como recordarme de citas, y estados de cuenta, del paciente siempre y cuando estén marcadas Personal y Confidencial.

Con mi Consentimiento, Mountain View Pediatrics puede enviarme correos electrónicos a mi casa o a otra ubicación designada, cualquier asunto que le ayude a la oficina a desempeñar sus TPO, tales como recuédrame de citas y estados de cuenta del paciente. Tengo el derecho de pedirle a Mountain View Pediatrics que limiten como utilizan o divulgan mis PHI para Nombre de la Oficina desempeñar sus TPO. Sin embargo, la oficina no esta obligada a asentir a mi solicitud para los limites de divulgación, pero si lo hace, esta sujeta a este convenio.

Al firmar este contrato, estoy consintiendo que Mountain View Pediatrics útiles y divulgue mi PHI para desempeñar su TPO.

Puedo revocar mi consentimiento por escrito excepto en el caso que la oficina ya haya hecho divulgaciones por atenerse a mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, puede que Mountain View Pediatrics se niege a darme tratamiento.

---

Firma del Paciente o Guardian Legal

---

Nombre del Paciente

Fecha

---

Nombre del Paciente o Guardian Legal en letras de imprenta