

Athens Kids Specialists, PC

1500 Oglethorpe Ave, Suite 100
Athens GA 30606
Tel 706-543-9899/Fax 706-613-3995

Permiso para traer al paciente
HIPPA Practicas de Confidencialidad

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Yo, _____ Permito que las siguientes personas lleven a mi hijo(a) a cualquier consulta que él/ella pueda necesitar si no estoy disponible. También doy consentimiento de que las personas siguientes tienen mi permiso para ver y recibir la información médica de mi hijos/as, esto puede incluir tratamiento, diagnósticos, citas.

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____ Tel#: _____
Nombre: _____ Relación con el paciente: _____ Tel#: _____
Nombre: _____ Relación con el paciente: _____ Tel#: _____
Nombre: _____ Relación con el paciente: _____ Tel#: _____

* Tenga en cuenta que las personas mencionadas anteriormente estarán expuestas a la información personal del paciente y tendrán que ser mayores de 18 años.*

Firma del Padre o Tutor

Fecha