

Sureste de las Vegas

Noroeste de las Vegas



## Bienvenidos a Nuestra Consulta de Ortopedia Pediátrica

*A continuación, se encuentran consejos de ayuda para entender mejor nuestra consulta de ortopedia y cómo completar los paquetes del paciente para obtener una respuesta más rápida del seguro.*

1. ¿Tiene sus Rayos X? Actualmente, los Rayos X son la parte más importante del proceso diagnóstico en Ortopedia. La mayoría de los seguros no pagaran para repetir un Rayos X realizado en los últimos 30 días.
2. Por favor recuerde traer su tarjeta de identificación y tarjeta de seguro.
3. Los papeles del alta de la sala de emergencia son necesarios (si aplica).
4. Los papeles de custodia o de tutela legal son necesarios (si aplica).
5. Si posee historial médico en el consultorio de otro médico, clínica de atención de urgencias, u hospital, por favor entréguela a nuestro personal al llegar. Nuestro doctor la revisará para un diagnóstico apropiado.
6. La mayoría de las citas de los pacientes se vuelven a programar por "hora de cita", no por hora de llegada, con la excepción de los casos de traumatismos ortopédicos que deben ser atendidos de inmediato.
7. La recepcionista **no conoce** la gravedad de los casos que le antecedan al suyo, tampoco sabe exactamente cuánto será su tiempo de espera.
8. Múltiples proveedores ven pacientes al mismo tiempo; Los departamentos de Ortopedia y Rayos X también tienen citas. Si usted realizó un acuerdo especial con el asistente médico de algún doctor, el tiempo de su cita será fuera del cronograma.
9. Solo vemos niños. Vemos pacientes desde la infancia hasta los 18 años, si están todavía en el colegio. Requerimos presencia de los padres para el cuidado del niño.
10. Para su comodidad ofrecemos ortopedia pediátrica (DME) en nuestras oficinas.
11. Es su responsabilidad conocer sobre su seguro. Debido a la exactitud de los seguros, usted no va a ser visto hasta que *todos los seguros* hayan sido verificados y las referencias se hayan recibido. Si usted posee más de un seguro, háganoslo saber de inmediato ya que puede tomar hasta dos horas verificar el seguro.
12. Es nuestro deseo hacer que su seguro de salud o programa de gobierno pague sus reclamos en un tiempo apropiado. Su seguro requiere información completa y detallada. Frecuentemente su información debe ser enviada por correo como parte de su historial médico.
13. Los reclamos de su seguro de salud se procesan por asuntos de salud no asociados con reclamos de indemnización laboral, accidentes automovilísticos, reclamos legales o por responsabilidad de terceros.
14. Si el niño tuvo un accidente y es responsabilidad de un tercero, le proporcionaremos el papeleo requerido. Usted deberá pagar todo por su cuenta, monitorear su propio caso o con una compañía de responsabilidad para terceros, y hacer pagos mensuales hasta que su caso se resuelva. Usted es considerado un "pago privado".
15. **Por favor no deje nada en blanco en el paquete del paciente.**
16. **No utilice el termino N/A (no aplica); en cambio utilice "ninguno/a" o "no" cuando se requiera.**
17. Por favor solicite nuestra ayuda si necesita aclarar algo. Estamos aquí para ayudarle.

POR FAVOR SOLICITE UNA COPIA DE ESTA HOJA PARA SUS ARCHIVOS



**Persona a quien contactar en caso de emergencia: (no en el mismo hogar)**

\_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Otros adultos autorizados para traer al niño/a para el tratamiento: **(OBLIGATORIO)**

1) \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Pediatra, Médico de Cabecera o Medico Referente**

\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

**Aseguradora Primaria** \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Titular de Póliza \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ # de ID \_\_\_\_\_ # de Grupo \_\_\_\_\_

Dirección del Titular de Póliza (Si es diferente a la de arriba)

\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

**Aseguradora Secundaria** \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Dirección del Titular de Póliza (Si es diferente a la de arriba)

\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Hermanos o hermanas que acuden a esta consulta: Sí No Nombre y apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sí No Nombre y apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sí No Nombre y apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

POR FAVOR SOLICITE UNA COPIA DE ESTA HOJA PARA SUS ARCHIVOS

A. **RAYOS X:** ¿Le han tomado Rayos X? Si es así, ¿Donde?

Si usted no trae los Rayos X antes mencionados favor notificar a la recepcionista.

B. **Historial médico y quirúrgico con fechas:**

---

---

C. **¿Usa productos con tabaco?**    Sí / No    *Si es así, ¿Cuántos por día?*

(Niños de 13 años y mayores)

D. **Alergias y cualquier tipo de reacción a medicamentos:**

**Nombre:**

**Nombre:**

1. \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

E. **Medicamentos actuales (Incluyendo vitaminas y suplementos):**

*Nombre*      *Propósito/Razón de consumo*

*Nombre*      *Propósito/Razón de consumo*

1. \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

F. **Farmacia de Preferencia: (Requerido)**

**Nombre**

**Dirección**

**Ciudad**

**Estado**

**Teléfono**

---

---

---

## Historial Médico/Requisitos de Rayos X para Menores

- La entrega del historial médico de menores requiere identificación del padre, padres temporales, o tutor. Todos los archivos deben de ser recogidos en persona de conformidad con las leyes Federales, HIPAA HITECH, y las resoluciones sobre el robo de identidad.
- Por favor llamar a nuestra oficina cuando el "Custodio de los Registros" esté disponible para procesar su solicitud ya que todas las solicitudes deben de ser verificadas y firmadas en persona. También requerimos un aviso de 5 días de antelación ya que algunos registros y Rayos X no están en el lugar.
- Una vez el niño haya alcanzado la edad de 18 años, los padres y/o tutor(es) no podrán recoger los archivos médicos. Para excepciones se requiere un poder legal o de custodia debido a alguna discapacidad.
- En la mayoría de los casos, los Rayos X son originales y no es posible reproducirlos. Los originales deben firmarse y luego deben ser devueltos. Nunca son enviados por correo. Nosotros cumplimos con la Sección Federal NRS 629.51, Sección 7 y mantenemos archivos y Rayos X hasta los 23 años.
- Una cuota razonable puede ser cobrada por la reproducción de Rayos X digitales. Después de la primera solicitud, las copias de Rayos X adicionales del mismo examen tendrán un costo de \$5 por CD.

## Política de "No Presentarse"

- Preferencia de Recordatorio de Cita: # Celular \_\_\_\_\_ O Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ con contestadora.
- Las confirmaciones de cortesía son automatizadas y llegan dos días antes de su cita y requieren su respuesta. Es su responsabilidad proporcionar números actualizados. El servicio de contestación telefónico está abierto las 24 horas los 7 días de la semana para aceptar sus cancelaciones. Se requiere un aviso de 24 horas.
- Desafortunadamente, consideramos necesario cobrar \$50,00 por citas perdidas. Las familias que no se presenten a sus citas nos están privando de programar citas para otros niños lesionados.
- Faltar a dos o más citas puede resultar en la remoción procedente.

Iniciales \_\_\_\_\_

*POR FAVOR SOLICITE UNA COPIA DE ESTA HOJA PARA SUS ARCHIVOS*



## CUIDADOS ORTOPÉDICOS

Estimado Padre o Tutor Legal:

Nuestra consulta hace todo lo posible por seguir las prácticas actuales de codificación para informar sobre servicios médicos según lo dictado por el Gobierno Federal (CMS) y la Asociación Médica de Estados Unidos (AMA, por sus siglas en inglés). Estas regulaciones pueden ser bastante complicadas y generar muchas preguntas. El propósito de este folleto es aclarar cualquier confusión causada por estas complicadas reglas con respecto a la facturación de los servicios de atención de fracturas.

Una fractura o un "hueso roto" se diagnostica con mayor frecuencia mediante Rayos X y puede variar mucho en cuanto a la gravedad y las opciones de tratamiento. Sin embargo, para fines de facturación y codificación de seguros, la atención de fracturas se enumera en la sección de cirugías del libro de codificación de la AMA (serie de códigos CPT-4 ..... 20000) y está sujeta a reglas globales o quirúrgicas independientemente de los servicios proporcionados en el hospital o en la consulta. Un reclamo de seguro por atención de fracturas generalmente aparecerá de la siguiente manera:

- 1) Un Examen (serie de códigos 99200) al nivel del documento, para el diagnóstico y las decisiones sobre las mejores opciones de tratamiento.
- 2) Un Rayos X (códigos 70000) a menudo se utiliza para diagnosticar la fractura y/o posterior al tratamiento de la fractura para garantizar una alineación adecuada.
- 3) Se asignará un Código de Fractura (20000 códigos) según el sitio, el tipo de fractura y si el tratamiento es cerrado o abierto. El tratamiento abierto con mayor frecuencia se realiza en un quirófano en el hospital o en un centro de cirugía ambulatoria. El tratamiento cerrado a menudo se realiza en la sala de emergencias o en el consultorio. Sin embargo, todo tratamiento de fracturas se considera "cirugía mayor" por los sistemas de codificación federal y AMA y, a menudo, será reportada como una cirugía en la "Explicación de Beneficios" de su compañía de seguro. Esto incluye clavículas, manos y pies.
- 4) Aplicación del yeso (códigos 29000) el trabajo inicial de aplicación del yeso se incluye en el código de fractura anterior sin cargo alguno. Las solicitudes posteriores se pueden informar y facturar por separado.
- 5) Suministros de yeso (A4580, A4590, nuevos códigos Q o 99070) se informan por separado. Usted es responsable de los materiales de elaboración de yeso que no cubra su seguro.
- 6) Cuidados posteriores de la fractura: La mayoría de las fracturas "rutinarias" requerirán varias visitas postoperatorias que se incluyen sin cargo en la tarifa de fractura/cirugía si están relacionadas con el mismo diagnóstico. Los días postoperatorios/globales varían según la compañía de seguros. Las radiografías posteriores (códigos 70000), las aplicaciones de fundición (códigos 29000) y los suministros no están cubiertos por el período global y son facturables.

Iniciales \_\_\_\_\_

Algunos tipos de fracturas más graves necesitan cirugía o procedimientos adicionales. Hay reglas especiales y modificadores que nuestra oficina debe utilizar para informar esos servicios.

Esta consulta está obligada por las leyes de Cumplimiento Federal a informar los servicios prestados en base a la documentación en los registros médicos. Como cuestión de política, no podemos modificar indebidamente una reclamación con el fin de obtener el pago. Si descubre un error de facturación de buena fe, un cargo duplicado u otro error de publicación, le agradeceríamos mucho que le informara al personal de nuestra oficina comercial sobre el asunto para que lo investigue y tome las medidas correctivas adecuadas. Debido a nuestro contrato con su seguro, no podemos descontar los copagos y deducibles del paciente.

Como bien sabe, los montos de cobertura y pago varían mucho según el pagador. Si tiene alguna pregunta sobre su cobertura en particular, es mejor consultar con el representante de su empresa. El personal de nuestra oficina comercial estará encantado de ayudarlo en el proceso de presentación de reclamos para una rápida adjudicación y pago de su reclamo de seguro.

Iniciales del Padre o Tutor Legal \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

*POR FAVOR SOLICITE UNA COPIA DE ESTA HOJA PARA SUS ARCHIVOS*

## Información del Seguro

Estimado Padre o Tutor Legal:

- A. Esta consulta no tiene un contrato o participa con las siguientes HMO (Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud) y PPOs (Organizaciones de Proveedores Preferentes):
- HPN – Sierra Choice HMO
  - St. Mary's HMO
  - HMA/HMN Network Product Line
  - United Healthcare HMO
  - California Medicaid
  - Otro
- B. Reglas del HMO de Medicaid y de HMO comercial
- Usted, su empleador o el estado de Nevada ha elegido una HMO para el seguro de su familia
  - Debe tener una referencia o una "hoja de permiso" de su médico de atención primaria antes de que su hijo/a pueda ser atendido en nuestro consultorio de especialistas ortopédicos para todas las citas nuevas y de seguimiento. Estas son las reglas de su compañía de seguros y no las nuestras. Lea el manual de su seguro o comuníquese con su departamento de Recursos Humanos.
  - Los documentos de alta hospitalaria no se consideran referencias ni "hojas de permiso" por la mayoría de las compañías de seguros.
  - Las HMO "Fuera del Estado" no son válidas en el estado de Nevada.
  - Las HMO más comunes en el sur de Nevada que requieren referencias son:
    - HPN Medicaid
    - Blue Cross/Blue Shield HMO
    - Cigna HMO
    - Arizona Medicaid
    - Tricare/Triwest (Prime - UHC Military)
    - South Point
    - Aetna HMO

---

Firma del Padre o Tutor Legal

Nombre del Paciente

---

Testigo

Fecha

*POR FAVOR SOLICITE UNA COPIA DE ESTA HOJA PARA SUS ARCHIVOS*



3. ¿Quién causó o pudo haber causado esta condición?

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

4. ¿Ha contactado un abogado o planea contactar alguno?     SÍ     NO

Si es así, complete lo siguiente:

Nombre de su abogado: \_\_\_\_\_

Dirección de su abogado: \_\_\_\_\_

Número de su abogado: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente reconozco que la información suministrada anteriormente es verdadera y correcta a mi mejor saber.

\_\_\_\_\_

Firma del Padre o Tutor Legal

\_\_\_\_\_

Fecha

*POR FAVOR SOLICITE UNA COPIA DE ESTA HOJA PARA SUS ARCHIVOS*

# CHILDREN'S BONE AND SPINE SURGERY

## Aviso de Privacidad – HIPAA

La Información de su hijo/a. Sus Derechos. Nuestras Responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a esta información. **Por favor revíselo con cuidado.**

Fecha de vigencia: 23 de septiembre de 2013

### Resumen General

#### Los derechos de su hijo/a

Cuando se trata de información sobre la salud de su hijo/a, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

#### Obtenga una copia electrónica o impresa del historial médico de su hijo/a.

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa del registro médico de su hijo/a y otra información médica que tengamos.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de la información médica de su hijo/a, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en los costos.

#### Pida que corriamos el historial médico de su hijo/a

- Puede solicitar que corriamos la información médica de su hijo que crea que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le diremos el motivo por escrito dentro de los próximos 60 días.

#### Solicite comunicaciones confidenciales

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa o la oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente.
- Diremos que "sí" a todas las solicitudes razonables.

#### Solicite que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede solicitar que no usemos o compartamos cierta información médica del tratamiento, el pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos decir "no" si esto afectaría la atención de su hijo/a.
- Si paga de su bolsillo por un servicio o artículo de atención médica en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Diremos "sí" a menos que una ley nos exija compartir esa información.

#### Obtenga una lista de las personas con las que hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (a contabilidad) de las veces que hemos compartido la información de salud de su hijo/a en los seis años anteriores a la fecha de solicitud, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas sobre el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como cualquiera que nos haya pedido que hagamos). Proporcionaremos un año contable de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otra dentro de los próximos 12 meses.

#### Obtenga una copia de este aviso de privacidad

Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel a la brevedad posible.

#### Presente una queja si cree que se han violado los derechos de su hijo/a

- Puede presentar una queja si cree que hemos violado los derechos de su hijo/a comunicándose con nosotros utilizando la información de la página 1.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando el sitio web
- [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- No tomaremos represalias contra usted o su hijo/a por presentar una queja.

#### Sus decisiones

Para cierta información médica, puede decirnos sus decisiones en relación con lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos la información de su hijo/a en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Diganos lo que quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la elección de decirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el cuidado de su hijo/a.
- Compartamos información en una situación de ayuda en casos de desastres
- Incluyamos su información en un directorio del hospital

*Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si no está disponible, podemos seguir adelante y compartir la información de su hijo/a si creemos que es lo mejor para su hijo/a. Podemos compartir la información de su hijo cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.*

En estos casos en particular, no compartiremos su información a menos que nos dé su permiso por escrito:

- Fines de mercadeo
- Venta de la información de su hijo/a
- La mayor parte del intercambio son notas de psicoterapia

En caso de recaudación de fondos:

- Es posible que nos comuniquemos con usted para recaudar fondos, pero puede decirnos que no lo contactemos nuevamente.

**Nuestros usos y divulgaciones**

**¿Cómo usamos o compartimos normalmente la información médica de su hijo/a?**

Por lo general, usamos o compartimos la información médica de su hijo/a de las siguientes maneras.

**El tratamiento de su hijo/a**

Podemos usar la información médica de su hijo/a y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

**Residentes, internos o estudiantes de medicina**

Entiendo que los residentes, pasantes, estudiantes de medicina y otros estudiantes profesionales de la salud pueden observar y participar, bajo la supervisión de un médico tratante u otro profesional de la salud al cuidado de mi hijo/a. Tras la ejecución de este documento, certifico que he leído y comprendido lo anterior, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y obtener respuestas y acepto las condiciones y términos anteriores.

**Factura por sus servicios**

Podemos usar y compartir la información médica de su hijo/a para facturar y recibir pagos de planes de salud u otras entidades.

Ejemplo: *Damos información sobre su hijo/a su plan de seguro médico para que pague los servicios de su hijo/a.*

**¿De qué otra manera podemos usar o compartir la información médica de su hijo/a?**

Se nos permite o exige que compartamos la información de su hijo/a de otras formas, generalmente de formas que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones en la ley antes de poder compartir la información de su hijo/a para estos fines. Para obtener más información, consulte el sitio web: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

**Ayuda con problemas de salud pública y seguridad**

Podemos compartir información médica de su hijo/a en determinadas situaciones, como:

- Prevenir enfermedades
- Ayudar con el retiro de productos
- Informar reacciones adversas a medicamentos
- Informar sobre sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de cualquier persona

**Realizar Investigaciones**

Podemos utilizar la información de su hijo/a para compartirla en investigaciones médicas.

**Cumplir con la ley**

Compartiremos información sobre su hijo/a si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

**Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos.**

Podemos compartir información médica sobre su hijo con organizaciones de obtención de órganos.

**Trabajar con un médico forense o director de funeraria**

Podemos compartir información médica con un médico forense, patólogo o director de funeraria cuando una persona fallece.

**Abordar la compensación de trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales.**

Podemos usar o compartir información médica sobre su hijo:

- Para reclamos de indemnización laboral
- Para propósitos de cumplimiento de la ley o con un oficial de cumplimiento de la ley
- Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley.
- Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

**Responder a demandas y acciones legales.**

Podemos compartir información médica sobre su hijo/a en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

**Nuestras responsabilidades**

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de la información médica protegida de su hijo.
- Le informaremos de inmediato si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de la información de su hijo.
- Debemos seguir los deberes y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso y otorgarle una copia.
- No usaremos ni compartiremos la información de su hijo de otra manera que no sea la descrita aquí, a menos que usted nos diga que podemos hacerlo por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte el sitio web: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html). O puede comunicarse con el Oficial de Privacidad de nuestro departamento en 1525 E. Windmill Lane, Suite 201, Las Vegas, NV 89123. Teléfono: 702-434-6920

**Cambios en los términos de este aviso**

Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre su hijo/a. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

*Entiendo y acepto que este documento permanecerá en vigor en todas las visitas futuras al consultorio médico o ambulatorio de Children's Bone And Spine Surgery, a menos que yo lo rescanda específicamente por escrito. Una copia de este documento será tan válida como un original.*

Yo reconozco haber recibido este Aviso de prácticas de privacidad.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente (Letra Imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Tutor Legal