

JUST KIDS DIAGNOSTIC & TREATMENT CENTER, INC.
LONGWOOD HIGH SCHOOL
SCHOOL- BASED HEALTH CENTER
35 Longwood Rd, P.O. Box 12
Middle Island, NY 11953

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Por este medio doy permiso a Just Kids Diagnostic & Treatment Center Family Medicine & Pediatrics para hablar sobre la información de los siguientes individuos relacionada con los servicios de asistencia médica que recibo en esta oficina.

Estoy de acuerdo que este incluirá resultados de procedimiento analítico, resultados de examen de radiología, preguntas sobre facturas.

Estoy de acuerdo que esta autorización permanecerá activa hasta que yo lo revoque presentando una autorización actualizada a Just Kids Diagnostic & Treatment Center Family Medicine & Pediatrics

Nombre del Individuo: _____ Relación al Paciente: _____
Nombre del Individuo: _____ Relación al Paciente: _____
Nombre del Individuo: _____ Relación al Paciente: _____
Nombre del Individuo: _____ Relación al Paciente: _____

Firma del Padre/Guardián

Por favor Imprima el Nombre del Paciente

Fecha

RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE INTIMIDAD

He recibido el Aviso de Prácticas de Intimidad y me han proporcionado una oportunidad de examinarlo.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento del Paciente: _____

Firma del Padre/Guardián: _____

Fecha: _____

Sólo Para Uso de Oficina

Firma de Personal de Oficina: _____

Fecha: _____