



## APC PEDIATRICS

5255 Office Park Blvd Ste 207  
Bradenton, FL 34203

1862 Rye Road Suite 101  
Bradenton, FL 34212

### **Formulario de Consentimiento al Manejo de "Informacion Privada/Confidencial"**

En APC Pediatrics le valoramos como paciente al igual que la privacidad de su niño (a). Nuestra oficina no compartira ninguna informacion con ninguna persona o Institucion acerca de la salud de su niño(a) sin su consentimiento.

Nosotros le solicitamos favor firmar este formulario de informacion confidencial para nosotros poder ordenar los Referidos, Exámenes en relacion a la salud de su niño(a), y facturacion a su Compania de Seguros (si es applicable). En adiccion, con este formulario obtenemos su permiso para discutir el manejo de la salud de su niño(a) con otros medicos y/o Especialistas en el caso de que sea necesario.

En cualquier momento dado usted tiene el derecho de revocar este consentimiento, otorgandonos por escrito su deseo de revocar este consentimiento

Ninguna informacion sera compartida con personas relacionadas en los negocios de tele-mercadeo, companias que buscan contribucion para fondos financieros o a otras personas que no estan relacionadas en el area de la salud.

Si usted tiene alguna pregunta o duda en referencia a este formulario, favor de informarnos y nosotros estaremos mas que dispuestos de tartar de contestarles sus preguntas. Todas las preguntas favor presentarlas a nuestra Administradora.

Gracias

Federico Frias MD

Firmando este formulario de Manejo de informacion Privada y confidencial estoy confirmando haber leído y estoy de acuerdo con la informacion arriba escrita en este formulario

Firma del los padres (Guardian Legal) del paciente \_\_\_\_\_

Fecha firmado \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ y Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**(Nombre de su niño(a))**

**Iniciales (Testigo)**\_\_\_\_\_