



## New Patient Information & Consent For Treatment Form

Formulario de Información Demográfica de Paciente Nuevo y  
Consentimiento General para Tratamiento

Date (Fecha): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Last Name (Apellido): \_\_\_\_\_ First Name (Nombre): \_\_\_\_\_ Middle Initial (Inicial): \_\_\_\_\_

Address (Dirección): \_\_\_\_\_

City (Ciudad): \_\_\_\_\_ State (Estado): \_\_\_\_\_ Zip Code (Zona Postal): \_\_\_\_\_

Home Phone (Teléfono del Hogar): (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cell Phone (Celular): (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Date of Birth (Fecha de Nacimiento): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

How did you hear about us? (¿Como supiste de nosotros?): \_\_\_\_\_

Ethnicity (Etnicidad):  Hispanic/Latino  Not Hispanic/Latino  Prefer not to Answer (Prefiero no Responder)

Race (Raza):  American Indian/Alaska Native  Asian  Black/African American  White  Other: \_\_\_\_\_  Prefer Not to Answer

E-mail: \_\_\_\_\_ How can we best remind you of your appointments?  E-mail  Phone Call  
(Como podemos comunicarnos con usted para recordarle de su cita? E-mail, Llamada Telefonica)

Parent/Guardian Name (Nombre de Padre/Guardián): \_\_\_\_\_

### Medical Insurance Information (Información del Seguro Médico)

Name of Insured (Nombre del Asegurado): \_\_\_\_\_ Date of Birth (Fecha de Nacimiento): \_\_\_\_\_

If you are financially responsible for all charges, please check here  (Si usted es financieramente responsable de todos los cargos, por favor marque aquí)

Relation to Patient (Relación con el Paciente): \_\_\_\_\_ Social Security # (Seguro Social): \_\_\_\_\_

Insurance Company (Compañía de Seguro): \_\_\_\_\_ Group # (Número del Grupo): \_\_\_\_\_

ID #: \_\_\_\_\_ Phone: (Teléfono): (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Address (Dirección): \_\_\_\_\_ City (Ciudad): \_\_\_\_\_

State (Estado): \_\_\_\_\_ Zip Code (Zona Postal): \_\_\_\_\_



## New Patient Information And Consent for Treatment Form (continued)

### Previous Primary Care Physician (Ultimo Médico Primario)

Name (Nombre): \_\_\_\_\_

Phone(Teléfono):(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax:(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Address (Dirección): \_\_\_\_\_ City (Ciudad): \_\_\_\_\_

State (Estado): \_\_\_\_\_ Zip Code (Zona Postal): \_\_\_\_\_

### Patient Medications And Allergies (Medicamentos del Paciente y Alergias)

Pharmacy Name (Nombre de Farmacia): \_\_\_\_\_ Phone (Teléfono): (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Current Medications, If Any (Medicamentos Actuales, Si Hay Alguno):

Name (Nombre)	Dosage & Frequency (Dosis y Frecuencia)	Name (Nombre)	Dosage & Frequency (Dosis y Frecuencia)
1. _____	_____	5. _____	_____
2. _____	_____	6. _____	_____
3. _____	_____	7. _____	_____
4. _____	_____	8. _____	_____

Allergies, If Any: (Alergias, Si Hay Alguno)

If additional space is needed, please write the information on the back of this page and check here:   
(Si necesita espacio adicional, por favor escriba la información en el reverso de esta página y marque aquí):

### Emergency Contact (Persona Contacto en Caso de Emergencia)

Name (Nombre): \_\_\_\_\_ Relationship to the Patient (Relación con el Paciente): \_\_\_\_\_

Home Phone (Teléfono del Hogar): (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cell Phone (Celular) (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

E-mail (Correo electrónico): \_\_\_\_\_



## New Patient Information And Consent for Treatment Form (continued)

### Consent for Treatment (Consentimiento Para Tratamiento)

I, \_\_\_\_\_ (Parent/Legal Guardian's Name) , authorize **My Kids' Doctor** to provide evaluation and clinical treatment services for \_\_\_\_\_ (Patient's Name). I understand that although **My Kids' Doctor** strives in providing the best treatment possible for their patients, the treatment provided may not always yield the desired results and that there are no guarantees. Every visit will be conducted in a **confidential** manner, as stated under the **HIPAA Regulations**. Disclosure of confidential information will not be permitted unless specifically authorized in writing by the patient or guardian or under a subpoena issued by a court. I understand that **My Kids' Doctor** is obligated by Florida Statute to report any suspiciousness of child abuse and/or neglect or if they demonstrate potential to cause harm to self or others. I am aware that **My Kids' Doctor** is committed to the training and education of individuals in the clinical/medical field. I am aware I have the right to authorize or decline giving information and/or be assessed by any staff in training.

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del padre/tutor legal), autorizo a **My Kids' Doctor** a ofrecer servicios de evaluación y tratamiento medical con consejería para \_\_\_\_\_ (nombre del paciente). Entiendo que aunque **My Kids' Doctor** se esmera en proporcionar el mejor tratamiento posible a sus pacientes, el tratamiento provisto no siempre produce ni garantiza los resultados deseados. Cada tratamiento se llevará a cabo de una manera **confidencial**, según las **reglamentaciones de HIPAA**. No se permitirá la divulgación de información confidencial sin la autorización escrita por parte del paciente o guardián o bajo una orden judicial emitida por un tribunal. Entiendo que **My Kids' Doctor** está obligado por ley en el estado de la Florida a reportar cualquier sospecha de abuso y/o abandono, o si un paciente demuestra la posibilidad de causar daño a sí mismo o a otros. Al mejor de mi conocimiento, la información anterior es completa y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi médico si mi hijo(a) tiene un cambio en su salud. Entiendo que **My Kids' Doctor** entrena y educa a personas en el área médica/salud mental. Me reservo el derecho de autorizar or declinar dar información y/o ser evaluado por cualquier personal en entrenamiento.

**To the best of my knowledge, the above information is complete and correct. I understand that it is my responsibility to inform my doctor if there is any change in the patient's health.**

*A mi leal saber y entender, la información anterior es completa y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi médico si hay algún cambio en la salud del paciente.*

<b>Patient or Parent/Guardian Signature</b> (Firma del Paciente o Padre/Guardián)	<b>Parent/Guardian Name (Print)</b> (Nombre del Padre/Guardián en Letra de Molde)	<b>Date</b> (Fecha)
<b>Patient Name (Print)</b> (Nombre del Paciente en Letra de Molde)	<b>Date of Birth</b> (Fecha de Nacimiento)	



## Patient Rights and Responsibilities

### Confidentiality

It is the policy of **My Kids' Doctor**, to handle all patient information confidentially. We make every effort to provide our patients with an environment that is safe, private and respectful of our patient's needs. If you have a complaint or concern, we want to hear from you. We will do everything we can to see that your experience with us is of the highest quality.

### Issues of Care

**My Kids' Doctor** is committed to your participation in clinical care decisions. You have the right to ask questions and receive answers regarding the course of clinical care recommended by any of our health providers, including discontinuing care. We urge you to follow the healthcare directions given to you by our providers. However, if you have any doubts or concerns, or if you question the care prescribed by our providers, please call our office staff.

### Patient Rights

- The patient has the right to receive information from health providers and to discuss the benefits, risks, and costs of appropriate treatment alternatives. Patients should receive guidance from their health providers as to the optimal course of action. Patients are also entitled to obtain copies or summaries of their medical records, to have their questions answered, to be advised of potential conflicts of interest that their health providers might have, and to receive independent professional opinions.
- The patient has the right to make decisions regarding the health care that is recommended by his or her health provider. Accordingly, patients may accept or refuse any recommended medical treatment.
- The patient has the right to courtesy, respect, dignity, responsiveness, and timely attention to his or her needs, regardless of race, religion, ethnic or national origin, gender, age, sexual orientation, or disability.
- The patient has the right to confidentiality. The health provider should not reveal confidential communications or information without the consent of the patient, unless provided for by law or by the need to protect the welfare of the individual or the public interest.
- The patient has the right to continuity of health care. The health provider has an obligation to cooperate in the coordination of medically indicated care with other health providers treating the patient. The health provider may discontinue care, provided they give the patient reasonable assistance, direction, and sufficient opportunity to make alternative arrangements.

### Patient Responsibilities

- Good communication is essential to a successful health provider-patient relationship. To the extent possible, patients have a responsibility to be honest and express their concerns clearly to their health providers.
- Patients have a responsibility to provide a complete medical history, to the best of their knowledge, including information about past illnesses, medications, hospitalizations, family history of illness and other matters relating to their present health.
- Patients have a responsibility to request information or clarification about their health status or treatment when they do not fully understand what has been described.
- Once patients and health providers agree upon the goals of therapy, patients have a responsibility to cooperate with the treatment plan. Compliance with their health provider's instructions is often essential to public and individual safety. Patients also have a responsibility to truthfully disclose whether previously agreed upon treatments are being followed and to indicate when they would like to reconsider the treatment plan.
- Patients should also have an active interest in the effects of their conduct on others and refrain from behavior that places the health of others at risk.

**I hereby understand my rights and responsibilities as a patient of My Kids' Doctor. I have read and understand the terms described above.**

\_\_\_\_\_  
Patient or Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Name (Print)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Patient Name (Print)

\_\_\_\_\_  
Date of Birth



## Derechos y Responsabilidades del Paciente

### **Confidencialidad**

Es la política de **My Kids' Doctor**, manejar toda la información del paciente confidencialmente. Esto incluye registros de pacientes y conversaciones e investigará cualquier violación de esta política. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con un representante de recepción para obtener información adicional. Hacemos todo lo posible para proporcionar a nuestros pacientes un ambiente seguro, privado y respetuoso basado en sus necesidades. Si tiene algún comentario sobre nuestros servicios, instalaciones o personal, queremos saber de usted. Haremos todo lo posible para que su experiencia con nosotros sea de la más alta calidad.

### **Cuestiones de Cuidado**

**My Kids' Doctor** se compromete en hacerle partícipe en las decisiones de su cuidado. Usted tiene el derecho de hacer preguntas y recibir respuestas sobre el curso de su cuidados clínico recomendado por cualquiera de nuestros proveedores de salud, incluyendo la interrupción de servicios. Le instamos a que siga las instrucciones de atención médica que le han dado nuestros proveedores. Sin embargo, si tiene alguna duda o pregunta sobre el cuidado médico ofrecido por nuestros proveedores, por favor contacte nuestra oficina.

### **Derechos del Paciente**

- El paciente tiene derecho a recibir información de los proveedores de salud y a discutir los beneficios, riesgos y costos de las alternativas de tratamiento adecuadas. Los pacientes deben recibir orientación de sus proveedores de salud en cuanto al curso óptimo de acción. Los pacientes también tienen derecho a: obtener copias o resúmenes de sus expedientes médicos, que se les responda a sus preguntas, que se les informe de posibles conflictos de interés que puedan tener sus proveedores de salud y a recibir opiniones profesionales independientes.
- El paciente tiene el derecho de tomar decisiones con respecto a la atención médica recomendada por su proveedor de salud. En consecuencia, los pacientes pueden aceptar o rechazar cualquier tratamiento médico recomendado.
- El paciente tiene derecho a la cortesía, respeto, dignidad, capacidad de respuesta y atención oportuna a sus necesidades, independientemente de su raza, religión, origen étnico o nacional, sexo, edad, orientación sexual o discapacidad.
- El paciente tiene derecho a la confidencialidad. El proveedor de salud no debe revelar comunicaciones o información confidencial sin el consentimiento del paciente, a menos que lo estipule la ley o la necesidad de proteger el bienestar del individuo o el interés público.
- El paciente tiene derecho a la continuidad de la atención médica. El proveedor de salud tiene la obligación de cooperar en la coordinación de la atención médicamente indicada con otros proveedores de salud que tratan al paciente. El proveedor de salud puede interrumpir la atención, siempre que proporcione al paciente una asistencia razonable, dirección y suficiente oportunidad para hacer arreglos alternativos.

### **Responsabilidades del Paciente**

- Una buena comunicación es esencial para una relación salud-paciente exitosa. En la medida de lo posible, los pacientes tienen la responsabilidad de ser honestos y expresar sus preocupaciones claramente a sus proveedores de salud.
- Los pacientes tienen la responsabilidad de proporcionar una historia médica completa, a lo mejor de su conocimiento, incluyendo información sobre enfermedades pasadas, medicamentos, hospitalizaciones, antecedentes familiares de enfermedad y otros asuntos relacionados con la salud actual.
- Los pacientes tienen la responsabilidad de solicitar información o aclaración sobre su estado de salud o tratamiento cuando no entienden completamente lo que se ha descrito.
- Una vez que los pacientes y los proveedores de salud estén de acuerdo con los objetivos de la terapia, los pacientes tienen la responsabilidad de cooperar con el plan de tratamiento. El cumplimiento de las instrucciones de su proveedor de salud es a menudo esencial para la seguridad pública e individual. Los pacientes también tienen la responsabilidad de revelar sinceramente si los tratamientos acordados previamente están siendo seguidos e indicar cuándo quisieran reconsiderar el plan de tratamiento.
- Los pacientes también deben tener un interés activo en los efectos de su conducta en los demás y abstenerse de un comportamiento que pone en riesgo la salud de los demás.

*Yo entiendo mis derechos y responsabilidades como paciente de la Medicina Integrada Mindful. He leído y entiendo los términos descritos anteriormente:*

\_\_\_\_\_  
**Firma de Paciente o Padre/Guardián**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Padre/Guardián en Letra de Molde**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre de Paciente en Letra de Molde**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de Nacimiento**



## My Kids' Doctor Office Policies

*We are here to serve the any health need of every patient and we request your cooperation in adhering to the following office policies in order to better help you and others.*

### Visit Payments/ Financial Policy

Every patient is responsible for paying fees, deductibles and any other balance/co-payment that is not covered by his/her insurance at the time of the appointment. If you need to make special payment arrangements, please discuss this with our office staff **before** the visit. Your insurance company has 45 days to make a payment. If a patient fails to make the proper restitution of any pending balance within a reasonable time, within a given ninety (90) day grace period, we will proceed to refer all of his/her account to a collection agency according to our financial policy and those terms under the Fair Debt Collection Practices Act.

### Prescription Refills and Prior Authorizations

All prescription medications will be prescribed only if the physician feels that it is clinically appropriate for the patient. Insurances will not reimburse the patient for any charges adhered from certain medication prescriptions nor will My Kids' Doctor bill the patient's insurance for them. Prescription refills are either handled with the pharmacy or by making a visit to see the primary care physician for the patient; prescription refill **requests** may be made over the phone and will be worked with within a 24-48-hour period.

### Check-In Time

Appointment times are reserved for you and should start promptly. **We advise you to arrive at the office 15 minutes prior to your scheduled appointment in order to properly ensure your appointment.** If you arrive five minutes past your appointment time, you may have wait times longer than usual or possible have to reschedule your visit for another date. Although patients are scheduled at a specific time, the actual time in which they are seen could vary as certain clinical situations may arise, requiring additional time.

### No Show/Late Cancellations

Missed appointments or appointments that are not canceled with a minimum of 48 hours' notice will be assessed **a fee of \$30.00**. Insurance will not reimburse the patient for this charge, nor will **My Kids' Doctor** bill the insurance for it. Our reminder service sends confirmation calls and emails as a courtesy only to our patients, but it is the patient's responsibility to keep track of appointments.

### Patient Responsibilities

It is the patient's and/or guardian's responsibility to inform **My Kids' Doctor**, of any telephone, address, and insurance information changes in order to properly ensure continuation of your appointments.

### Other Service Charges

There will be a charge for the preparation and completion of reports, letters, certificates and forms related to the services provided at this office. With few exceptions, the fees for the completion of these documents will be the responsibility of the patient. Please ask our front desk staff for more information regarding fees. Any changes to the service fees will be informed in advance.



# My Kids' Doctor Office Policies

(continued)

### After Hours and Emergencies

In the event of an emergency situation (including those in which a person is feeling out of control, unable to care for him/herself, or having serious thoughts of harming themselves or others), **please call 911 or go to the nearest Emergency Room**. If you have an urgent concern that you need to discuss with the physician, please call our office to reschedule your appointment to an earlier date or call the direct line for the physician if it is urgent. All phone messages left in the voice mail will attempt to be returned within 48 business hours by the office staff in the order in which they were received.

### Confidentiality/ HIPAA Privacy Act

My Kids' Doctor adheres to strict confidentiality policies in accord with federal laws, state laws, and HIPAA regulations. No information will be disclosed unless specifically authorized in writing by the patient or his/her guardian or under subpoena issued by a court. There are rare exceptions to confidentiality for example, if a patient should express or report a specific and serious intent to inflict harm to themselves or others, your physician may break this agreement, but only when necessary in order to ensure the patient's safety, as well as the safety of others. By law, we also have a duty to report cases of abuse and/or neglect. We wish to inform you that your health information will be used for the following purposes: your treatment, healthcare coordination and payment for services rendered. Health information may include: name, age, sex, diagnoses, treatment/care plans, among others. The health information will only be used for the purposes mentioned prior. You have the right to restrict or amend your information, but we are not legally obliged to agree to your petition; in addition, amendments are not restrictive. If you wish to see a more comprehensive list of your rights and guidelines for privacy and confidentiality as a patient, please speak to our office staff who will be more than happy to oblige.

### Release of Information

Agreeing and signing to this following policy hereby authorizes the release of any information, including diagnosis and records of any treatment, test or examinations rendered to the patient during the period of such care to third party payers and/or health practitioners, such as Dr. Nora Bolanos, for the purpose of evaluation and treatment. Signing off on this policy will be your acknowledgment of understanding that any of the patient's records are protected under the Federal Confidentiality Regulations and cannot be disclosed without your written authorization unless otherwise stated in the regulations. As well, you have the right to request that none of the patient's records pertaining to the following be disclosed: Medical/ HIV status / ARC / AIDS. (Should you so choose, simply let the office and/or medical staff know.)

### Changes to this Notice

**My Kids' Doctor** reserves the right to amend this Notice at any time in the future, and will make the new provisions available to its patients for all information that it maintains. Upon request, you have the right to a paper copy of this notice at any time.

**I, hereby understand that any violation to the Office Policies of My Kids' Doctor may lead to my dismissal as a patient from this practice. I have read and agree to comply with the terms described above:**

\_\_\_\_\_  
Patient or Parent/Legal Guardian Signature                      Parent/Legal Guardian Name (Print)                      Current Date

\_\_\_\_\_  
Patient Name (Print)                      Date of Birth





## Política de Servicio de la Oficina

*Estamos aquí para atender cualquier necesidad de salud de cada paciente y le pedimos su cooperación para cumplir las siguientes políticas de la oficina con el fin de ayudarlo mejor y otros.*

### Pagos de visita / Política financiera

Cada paciente es responsable de pagar los honorarios, deducibles y cualquier otro saldo / copago que no esté cubierto por su seguro en el momento de la cita. Si necesita hacer arreglos especiales de pago, por favor hable con nuestro personal de la oficina antes de la visita. Su compañía de seguros tiene 45 días para hacer un pago. Si un paciente no hace la restitución apropiada de cualquier saldo pendiente dentro de un plazo razonable, dentro de un período de gracia de noventa (90) días, procederemos a referir toda su cuenta a una agencia de cobro de acuerdo con nuestra política financiera y términos bajo la Ley de Prácticas Justas de Cobro de Deudas.

### Rellenos de Recetas y Autorizaciones Previas

Todos los medicamentos recetados se prescriben sólo si el médico siente que es clínicamente apropiado para el paciente. Los seguros no reembolsarán al paciente por los cargos que se le apliquen por ciertos medicamentos recetados ni My Kids' Doctor le facturará el seguro del paciente. Recetas de recetas se tratan con la farmacia o haciendo una visita para ver al médico de atención primaria para el paciente; las solicitudes de recarga de medicamentos recetados pueden hacerse por teléfono y se trabajará dentro de un período de 24 a 48 horas.

### Hora de Cita/Entrada

Los horarios de cita se reservan para usted y deben comenzar puntualmente. Le aconsejamos que llegue a la oficina 15 minutos antes de su cita programada para asegurar su cita. Si usted llega cinco minutos después de su hora de cita, usted puede tener tiempos de espera más largos de lo habitual o posible tener que reprogramar su visita para otra fecha. Aunque los pacientes están programados en un momento específico, el tiempo real en el que se ven puede variar como ciertas situaciones clínicas pueden surgir, lo que requiere más tiempo.

### "No Show"/ Cancelaciones de Cita

Las citas perdidas o las citas que no se cancelen con un mínimo de 48 horas de aviso serán tasadas una tarifa de \$ 30.00. El seguro no reembolsará al paciente por este cargo, ni My Kids' Doctor le facturará el seguro. Nuestro servicio de recordatorio envía llamadas de confirmación y correos electrónicos sólo como cortesía a nuestros pacientes, pero es responsabilidad del paciente hacer un seguimiento de las citas.

### Responsabilidades del Paciente

Es responsabilidad del paciente y / o guardián informar al My Kids' Doctor de cualquier cambio de información de teléfono, dirección y seguro para asegurar la continuidad de sus citas.

### Otros Cargos por Servicios

Habrá un cargo por la preparación y finalización de informes, cartas, certificados y formularios relacionados con los servicios prestados en esta oficina. Con pocas excepciones, los honorarios por la terminación de estos documentos serán responsabilidad del paciente. Por favor, pregunte a nuestro personal de recepción para obtener más información sobre las tasas. Cualquier cambio en las tarifas de servicio será informado con antelación.

### Después de Horas y Emergencias

En caso de una situación de emergencia (incluyendo aquéllos en los que una persona se siente fuera de control, incapaz de cuidar de sí mismo o tener pensamientos serios de dañarse a sí mismos oa otros), llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Si usted tiene una preocupación urgente que usted necesita para discutir con el médico, por favor llame a nuestra oficina para reprogramar su cita a una fecha anterior o llame a la línea directa para el médico si es urgente. Todos los mensajes de teléfono que queden en el buzón de voz intentarán ser devueltos por el personal de la oficina dentro de las 48 horas hábiles en el orden en que fueron recibidos.





## Política de Servicio de la Oficina (Continuado)

### Confidencialidad / HIPAA Ley de Privacidad

My Kids' Doctor se adhiere a las estrictas políticas de confidencialidad de acuerdo con las leyes federales, las leyes estatales y las normas HIPAA. Ninguna información será revelada a menos que sea específicamente autorizada por escrito por el paciente o su tutor o bajo citación emitida por un tribunal. Hay excepciones raras a la confidencialidad, por ejemplo, si un paciente debe expresar o informar una intención específica y sería de infligir daño a sí mismo o a otros, su médico puede romper este acuerdo, pero sólo cuando sea necesario para garantizar la seguridad del paciente, así como como la seguridad de los demás. Por ley, también tenemos el deber de denunciar casos de abuso y / o negligencia. Le informamos que su información de salud será utilizada para los siguientes propósitos: su tratamiento, la coordinación de la atención médica y el pago de los servicios prestados. La información de salud puede incluir: nombre, edad, sexo, diagnósticos, planes de tratamiento / cuidado, entre otros. La información de salud sólo se utilizará para los fines mencionados anteriormente. Usted tiene el derecho de restringir o enmendar su información, pero no estamos legalmente obligados a aceptar su petición; además, las enmiendas no son restrictivas. Si desea ver una lista más completa de sus derechos y pautas de privacidad y confidencialidad como paciente, por favor hable con nuestro personal de la oficina que estará más que feliz de obligar.

### Liberación de la Información

Su firma a esta política siguiente autoriza por la presente la liberación de cualquier información, incluyendo el diagnóstico y los expedientes de cualquier tratamiento, prueba o exámenes rendidos al paciente durante el período de tal cuidado a terceros pagadores y / o profesionales de la salud, como la Dra. Nora Bolaños, con fines de evaluación y tratamiento. Firmar esta política será su reconocimiento de que cualquier registro del paciente está protegido bajo el Reglamento de Confidencialidad Federal y no puede revelarse sin su autorización por escrito a menos que se indique lo contrario en los reglamentos. Además, usted tiene el derecho de solicitar que no se revele ninguno de los expedientes del paciente relacionados con lo siguiente: Situación médica / VIH / ARC / SIDA. (Si así lo prefiere, comuníquese a la oficina o al personal médico).

### Cambios a esta Notificación

My Kids' Doctor se reserva el derecho de modificar esta Notificación en cualquier momento en el futuro y pondrá las nuevas disposiciones a disposición de sus pacientes para toda la información que mantiene. Si lo solicita, tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Yo, por la presente entiendo que cualquier violación a las Políticas de la Oficina del My Kids' Doctor puede conducir a mi despido como paciente de esta práctica. He leído y acepto cumplir con los términos descritos anteriormente:

**Por la presente entiendo que cualquier violación a las reglamentaciones de *My Kids' Doctor* podría resultar a mi despido como paciente de esta práctica. He leído y acepto cumplir con los términos arriba descritos:**

---

Firma de Paciente, Padre o Guardián

Nombre del Padre o Guardián en Letra de Molde

Fecha

---

Nombre de Paciente en Letra de Molde

Fecha de Nacimiento