



DR. MARIA CASTRO, MD FAAP  
500 HOLLY SPRINGS RD STE 101  
HOLLY SPRINGS, NC 27540  
Phone: 919-762-5113 Fax: 919-762-5130

### **Consentimiento del Paciente: Aviso de Práctica de Confidencialidad para Uso y Declaración de Información Sobre Salud Protegida**

Yo por medio de la presente doy consentimiento a STARLIGHT PEDIATRICS de usar y compartir información de salud protegida (ISP) sobre mi Tratamiento, Pago, y Operaciones de Salud Medica (TPO). (Por favor note que el Aviso de Practica de Confidencialidad proveído por STARLIGHT PEDIATRICS describe el uso y declaración en más detalle).

Yo tengo el derecho de revisar el Aviso de Practica de Confidencialidad antes de firmar este consentimiento. STARLIGHT PEDIATRICS se reserva el derecho de modificar el Aviso de Practica de Confidencialidad en cualquier momento. Una copia modificada puede ser obtenida pidiéndola por escrito a: OFFICE MANAGER 500 HOLLY SPRINGS RD STE 101 HOLLY SPRINGS NC, 27540

Con este consentimiento, STARLIGHT PEDIATRICS puede llamar a mi casa u otro número alternativo, y dejar un mensaje de voz o en persona sobre cualquier asunto que pueden ayudar en la práctica de TPO, en el caso de recordatorios de citas, asuntos relacionados con seguros médicos, y cualquier otra llamada pendiente relacionada a mi cuidado clínico, incluyendo: resultados de laboratorios, entre otros. Con este consentimiento, STARLIGHT PEDIATRICS puede mandar documentos por correo tradicional a mi casa u otra dirección alternativa. Cualquier asunto que ayude a la clínica en el proceso de TPO, como cartas recordado sobre citas y cuentas cobro, siempre que estas sean marcadas como "Personal y Confidencial."

Con este consentimiento, STARLIGHT PEDIATRICS puede enviar correos electrónicos a mi correo electrónico primario o alternativo sobre cualquier asunto que pueda ayudar en la práctica de TPO, como recordatorios de citas y cuentas de cobro. Yo tengo el derecho de solicitar que STARLIGHT PEDIATRICS restrinja como se usa y declara mi ISP para usos de TPO. La clínica no está obligada a estar de acuerdo con mis restricciones, pero si lo está, estaría adjunto a este acuerdo. Al firmar este acuerdo, yo estoy proveyendo mi consentimiento y permitiendo que STARLIGHT PEDIATRICS use mi información de salud protegida (ISP) sobre mi Tratamiento, Pago, y Operaciones de Salud Medica (TPO). **Para estar dentro de los requisitos de HIPPA y mantener confidencialidad de la información de salud protegida (ISP), solo correos electrónicos y mensajes de texto pidiendo citas de seguimiento o no urgentes serán atendidos. Sin embargo, padres o guardianes legales, no deben mandar ISP o fotos de los pacientes por correo electrónico o mensaje de texto a la clínica, ya que esto quebranta las leyes de privacidad de HIPPA. Starlight Pediatrics atenderá sus requisitos en persona o por vía telefónica.**

Yo puedo retirar este consentimiento por escrito al grado que la clínica ya haya proporcionado información, basada en el consentimiento anteriormente firmado. Si yo decido no firmar esté consentimiento, o después retirarlo, STARLIGHT PEDIATRICS puede rechazar proveerme tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

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

\_\_\_\_\_  
Padre/Madre o Guardián

\_\_\_\_\_  
Nombre completo

\_\_\_\_\_  
Fecha