



APEX PEDIATRIC CENTER
 CARY PEDIATRIC CENTER
 FUQUAY-VARINA PEDIATRIC CENTER

Nombre del niño: _____ **Fecha de nacimiento** _____

Yo siendo el padre o tutor de niño mencionado aquí, por medio de la presente pido y autorizo a cualquier doctor o enfermera practicante de Cary, Apex o Fuquay-Varina Pediatric Centers y a su personal para realizar los servicios necesarios para mi hijo/a que sean considerados convenientes por el doctor, estando yo presente en la cita o en mi ausencia.

Yo autorizo a los siguientes individuos a obtener servicios médicos para este niño en mi ausencia:

_____	_____
Nombre	Relación con el niño
_____	_____
Nombre	Relación con el niño
_____	_____
Nombre	Relación con el niño
_____	_____
Nombre	Relación con el niño

Además autorizo la divulgación de la información de salud protegida, para los individuos mencionados anteriormente, concerniente al niño mencionado en el principio de este documento. Las siguientes son las excepciones/restricciones para esta autorización:

Yo pido que esta autorización se mantenga vigente hasta _____, **o** _____ **indefinidamente.**

Yo entiendo que yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento, sometiendo una petición por escrito.

Firma del Padre o Tutor _____ **Nombre del Padre o Tutor** _____

Fecha _____

Yo acepto que he recibido un Viso de las Practicas de Privacidad _____ **Iniciales.**