



Sky Ridge Medical Center
10099 RidgeGate Parkway, Suite 300, Lone Tree, CO 80124

Rocky Mountain Professional Plaza
2055 High Street, Suite 255, Denver, CO 80205

Phone: 303.860.9933 or 800.452.1536
Fax: 303.839.5844

Samuel Brescia, MD
Douglas Christensen, MD
David Miller, MD
Jane Nydam, MD

FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE DE PEDIATRIX – OBSTETRIX MEDICAL GROUP Y SUS AFILIADOS

Nuestra Notificación sobre Prácticas de Privacidad (“Notificación”) provee información sobre: 1.) el derecho a privacidad que tienen nuestros pacientes; y 2.) la manera en que podemos utilizar y revelar información médica protegida (“IMP”) sobre nuestros pacientes. Las leyes federales requieren que les demos a nuestros pacientes o a sus representantes autorizados (“Usted”) la oportunidad de revisar nuestra Notificación antes de firmar este consentimiento. Para su conveniencia, hemos colocado un resumen de una página en nuestras oficinas y en los hospitales donde rendimos nuestros servicios. Le vamos a facilitar por escrito una copia de nuestra Notificación y también puede leerla si visita nuestra página Web en el Internet, www.pediatrix.com/HIPAA Privacy/Notice of Privacy Practices.

Si tiene alguna pregunta acerca de sus derechos o nuestras prácticas de privacidad por favor envíe un mensaje electrónico (e-mail) a privacy_officer@pediatrix.com o una carta por correo al:

Privacy Officer
Pediatrix Medical Group, Inc.
1301 Concord Terrace
Sunrise, FL 33323

Le responderemos en un plazo de cinco (5) días laborables.

Al firmar este formulario usted únicamente está constatando que le hemos ofrecido acceso inmediato a nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad.

Firma del Paciente o de su Representante Autorizado

Fecha

Escriba en letra de molde el Nombre del Paciente

Escriba en letra de molde el Nombre del Representante Autorizado

