

# CONSIENTO POR EVALUACIÓN DE SALUD Y DIRECCIÓN

**Consiento en Grossmont Pediatrics (La Dras. Bina Adigopula, Corrie Clay y Rina Ronquillo, y de asistencia médica asociados) para realizar acciones siguientes en mi niño:**

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

- 1. Proyección de Salud Preventiva, Pruebas, Inmunizaciones, Procedimientos y Vacunas.**
2. Diagnóstico y Tratamiento de condiciones de salud, incluso prescripción y administración de pruebas, medicaciones, procedimientos y consejo por el abastecedor y personal calificado.
3. Liberación de archivos médicos confidenciales y pruebas que protegen a entidades autorizadas, sujetas a necesidad y regulaciones HIPAA.

Entiendo que la información proporcionada a entidades autorizadas será guardada confidencial por pautas HIPAA.

---

**Firma de conserje paternal y/o legal**

**Fecha**

---

**Nombre de letra de conserje Paternal o legal**

**Consiento en doctor Bina Adigopula y abastecedores de asistencia médica asociados para realizar acciones siguientes en mi niño:**

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

- 1. Vacunas adolescentes, a saber Menactra (MCV4), Gardasil (HPV) y TDap (Tétanos, Deiptheria, Acellular pertussis).**
2. Diagnóstico y Tratamiento de condiciones de salud, incluso prescripción y administración de pruebas, medicaciones, procedimientos y consejo por el abastecedor y personal calificado.
3. Liberación de archivos médicos confidenciales y pruebas que protegen a entidades autorizadas, sujetas a necesidad y regulaciones HIPAA.

Entiendo que la información proporcionada a entidades autorizadas será guardada confidencial por pautas HIPAA.

---

**Firma de conserje paternal y/o legal**

**Fecha**

---

**Nombre de letra de conserje Paternal o legal**

## **RESPUESTA NEGATIVA DE CONSENTIMIENTO**

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

**Declaro que el abastecedor ha aconsejado, y me ha hecho consciente de los riesgos conocidos asociado con mi consentimiento lleno que se niega relacionado con el tratamiento de mi niño en esta oficina. Por este medio RECHAZO los tratamientos siguientes y/o vacunas:**

**Ser tratado por pautas clínicas recomendadas por el abastecedor, expresamente:**

\_\_\_\_\_

**Ser administrado AAP-recomendado vacunas de infancia, expresamente:**

\_\_\_\_\_

---

**Firma de conserje paternal y/o legal**

**Fecha**

---

**Nombre de letra de conserje Paternal o legal**