

## Autorización De Comunicación

**Debido a regulaciones federales de privacidad, nosotros debemos de tener su autorización indicando en donde podemos dejarle un mensaje. Es nuestra póliza de la oficina de no dejar información confidencial o sin autorización por teléfono de casa, maquina de contestar, teléfono de trabajo, mensaje de voz, o teléfono celular. Cuando regresamos una llamada y la maquina de mensajes contesta, nosotros no dejaremos ningún mensaje si el nombre y numero de teléfono no esta grabado para identificar la residencia. Nosotros simplemente le pediremos que regrese la llamada. Tampoco se le dara información a ninguna persona que no este autorizada quien conteste el teléfono.**

*Yo autorizo al personal de Witham Pediatrics para dejar información medica concerniente al cuidado de mis hijo(s) en una maquina de contestar, o dejar un mensaje de voz en los siguientes numeros y asumiré la responsabilidad de notificarles a ellos si estos numeros cambian. Tambien asumo la responsabilidad de informarles si mi domicilio de correo cambia.*

<u>Metodo</u>	<u>Numero con código de area</u>		
Teléfono de casa	_____	Si	No
Teléfono de trabajo	_____	Si	No
Teléfono celular	_____	Si	No
Otro : _____	_____	Si	No

**Las siguientes personas tienen mi permiso para recibir información medica acerca de mi hijo(s) o estan autorizados a traer a mi hijo(s) para sus citas:**

Nombre	Relación al paciente/Teléfono

**Si hay algún cambio en la autorizacion anotada aqui, es la responsabilidad de los padres de notificarnos acerca de ese cambio.**

Nombre de su hijo: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Nombre de su hijo: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Nombre de su hijo: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Nombre de su hijo: _____	Fecha de Nacimiento: _____

Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(LETRA DE MOLDE)

Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(FIRMA)