

## Acuerdo de Comunicación con el Paciente

Yo (*escriba su nombre*) \_\_\_\_\_, comprendo que como parte de la atención médica de mi hijo/ hijos nombrados a continuación

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Cobb Pediatric Associates, PC* necesitará, de vez en cuando, ponerse en contacto conmigo con el fin de recordarme una cita, darme los resultados de una prueba, aconsejarme de ciertas precauciones y medidas que necesite seguir, etc. Yo, por la presente, autorizo a *Cobb Pediatric Associates, PC* ponerse en contacto conmigo de las siguientes maneras:

(*Marque todo lo que aplique y provea números y señas de e-mail*)

\_\_\_ Teléfono de su casa:- \_\_\_\_\_ ¿Le dejamos correo de voz? \_\_\_ sí \_\_\_ no  
\_\_\_ Teléfono móvil:- \_\_\_\_\_ ¿Le dejamos correo de voz? \_\_\_ sí \_\_\_ no  
\_\_\_ Teléfono del trabajo:- \_\_\_\_\_ ¿Le dejamos correo de voz? \_\_\_ sí \_\_\_ no  
\_\_\_ Señas de E-mail: \_\_\_\_\_  
\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

La condición de mi hijo y la información médica pueden discutirse con la siguiente persona o personas en mi nombre:

1. Nombre y parentesco \_\_\_\_\_
2. Nombre y parentesco \_\_\_\_\_
3. Nombre y parentesco \_\_\_\_\_

Comprendo que *Cobb Pediatric Associates, PC* usará la mínima información necesaria cuando comuniquen información indirectamente. Comprendo que tengo derecho a anular o cambiar este acuerdo en cualquier momento. Cualquier anulación o cambio no aplicará a las comunicaciones ya finalizadas. Comprendo que *Cobb Pediatric Associates, PC* no compartirá esta información con ninguna otra tercera o terceras personas en ningún momento.

---

Firma del Padre/Madre o Guardian legal

Fecha