



## Acknowledgement of Privacy Practices and Policies

### Reconocimiento de Privacidad de Practicas y Polizas

1. I understand that as part of my child's healthcare, California Pediatrics originates and maintains health information about my child. These records describe deographic information that may identify my child, as well as history, examination, test results, diagnoses, treatment and any plan for future care.

*Entiendo que como parte de la atencion medica de mi hijo(a), California Pediatrics mantiene los registros de la informacion de la salud de mi hijo(a). Estos registros describen informacion demografica que puede identificar a mi nino, asi como la historia medica, examen, resultados de pruebas, diagnosticos, tratamiento y cualquier plan para el cuidado medico en un futuro.*

2. I have been provided with information that describes how California Pediatrics may use and disclose my child's medical record. I understand that I have the right to review the Notice of Information Practices prior to signing this consent.

*He recibido una notificacion de practicas de informacion que describe como California Pediatrics puede usar y divulgar el historial medico de mi hijo(a). Entiendo que tengo el derecho de revisar el aviso antes de firmar este consentimiento.*

3. I have the right to file a complaint if I believe my child's privacy rights have been violated. I may file a complaint with California Pediatrics or send a written complaint to the Secretary of Health and Human Services.

*Tengo derecho a presentar una queja si creo que los derechos de privacidad de mi hijo(a) han sido violados. Puedo presentar una queja con California Pediatrics o enviar una queja por escrito a la Secretaria de Salud y Servicios Humanos.*

4. I authorize California Pediatrics to contact me by phone or email. I also authorize California Pediatrics to leave me messages about my child's test results and upcoming appointments.

*Autorizo California Pediatrics a ponerse en contacto conmigo por telefono or correo electronico. Tambien autorizo California Pediatrics a dejarme mensajes sobre los resultados y citas de mi hijo(a).*

5. I understand that it is my responsibility to provide California Pediatrics with updated contact information and insurance policy changes. I understand that failing to do so will likely result in a denial of claims and transfer of payment responsibilities to me.

*Entiendo que es mi responsabilidad a notificar a California Pediatrics de cualquier cambios en seguro o informacion demografica.*

6. I understand that my child must arrive by his/her check-in time. I understand that if my child arrives after his/her check-in time I may be asked to reschedule my child's appointment.

*Entiendo que es mi responsabilidad llegar en mi tiempo de 'check-in'. Entiendo que si mi hijo(a) llega despues de su 'check-in', habra posibilidad de tender que cambiar mi cita.*

7. I understand that I will be charged a fee of \$25 if I do not cancel my child's appointment 24 hours in advance.

*Entiendo que si no cancelo la cita de mi hijo(a) con 24 horas de noticia, tendre un cargo de \$25.*

8. I understand that my child's medical records will be faxed free of charge, however, there is a fee that will be charged for copies of medical records or replacements of immunization cards.

*Entiendo que los registros de la informacion de la salud de mi hijo(a) se enviarian por fax sin cargo, pero habra un cargo si pido copias de los registros o copias de la cartilla de vacunacion.*

Name Nombre		Relationship Relacion al Paciente	
Signature Firma		Date Fecha	