



## AUTORIZACIÓN PARA LA INFORMACIÓN DE SALUD DE NIÑOS MENORES DE EDAD

Esta autorización da permiso al(a los) adulto(s) enlistado(s) a continuación para que traiga(n) al(a los) niño(s) menor(es) que también se enlista(n) a continuación al Centro de Salud de la Culinaria para recibir cuidado médico, hablar con el personal médico sobre el cuidado del(de los) niño(s) menor(es), y programar/cancelar citas, recoger recetas y tener acceso a la información médica, tales como notas, análisis de laboratorio y referidos del(de los) niño(s) menor(es).

Nombre Completo del Niño	Fecha de Nacimiento del Niño

Nombre Completo del Adulto Autorizado	Número de Teléfono	Dirección de Correo Electrónico	Relación con el Niño Menor de Edad

Por favor indique cualquier restricción a la información de los servicios/tratamientos médicos a la cual el(los) adulto(s) mencionado(s) anteriormente no debería tener acceso.

Entiendo y acepto que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento al presentar una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad de HIPAA del Centro de Salud de la Culinaria. El derecho de revocación no se aplicará a ninguna información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización.

☐ **En persona:** Entregue en el  
Centro de Salud de la Culinaria

☐ **Por correo a:** Culinary Health Center  
Attn: HIPAA Privacy Officer  
650 N. Nellis Blvd.  
Las Vegas, NV 89110

☐ **Por fax a:** 844-633-9997

☐ **Por mensaje de texto a:** 702-790-8000

☐ **Por correo electrónico a:** [HIPAA@culinaryhc.com](mailto:HIPAA@culinaryhc.com)

*Por favor tome en cuenta: Si usted elige enviar información personal por correo electrónico al CHC, no podemos garantizar que permanezca privada o segura hasta que sea recibida.*

**Para obtener ayuda:** Llame al **702-790-8000** y pregunte por el Equipo de Experiencia del Paciente o el Equipo de Privacidad de HIPAA.

Nombre Impreso del Padre/Tutor Legal del Paciente

Firma del Padre/Tutor Legal del Paciente

Fecha