



Adolescent Confidentiality Agreement

PARENT

I, _____ (parent/guardian), allow _____ (patient), to enter into a confidential patient-provider relationship. I understand that my son/daughter can make independent health care decisions, but that my input and involvement will be encouraged. He/She has permission to schedule appointments and receive confidential reports from Premier Pediatrics of Houston. I further understand that various laboratory tests may be necessary in medical protocols and accept responsibility for any charges and laboratory fees.

Parent/Guardian Signature

Date

PATIENT

I, _____ (patient), am entering into a confidential patient-provider relationship in which I will make an effort to communicate with my parent(s) or guardian(s) about issues concerning my health. I accept the personal responsibility of being honest and will follow the health care recommendations my healthcare provider and I establish.

Patient Signature

Date

Healthcare Provider Signature

Date

PADRE

Yo, _____ (padre / tutor), permiten _____ (Paciente), para entrar en un confidencial paciente-proveedor de relación. Entiendo que mi hijo / hija puede hacer independientes las decisiones de atención de salud, pero que mi entrada y se fomentará la participación. Él / Ella tiene permiso para programar citas y recibir informes confidenciales de Premier Pediatría de Houston. Entiendo además que varias pruebas de laboratorio que sean necesarias en los protocolos médicos y de aceptar la responsabilidad de los cargos y cuotas de laboratorio.

Padre / Tutor

Fecha

PACIENTE

Yo, _____ (paciente), estoy entrando en un confidencial relación profesional-paciente en el que voy a hacer un esfuerzo para comunicarse con mi padre (s) o tutor (s) sobre temas relacionados con mi salud. Acepto la responsabilidad personal de ser honesto y seguirá el cuidado de la salud Recomendaciones de la profesional de la salud y establecer dije.

Firma del Paciente

Fecha

Médico Firma

Fecha