



St. Paul Children's Clinic  
1350 East Richard Tyler, Texas 75702  
Phone: 903-531-9455

Patient Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**PATIENT CONTACT INFORMATION**

I realize correspondence and contact information will be used only to contact me. Information regarding my medical condition and diagnosis will not be discussed with anyone other than the persons listed below.

1. List the family members or other persons, if any, whom we may inform about general medical conditions and your diagnosis:

Name \_\_\_\_\_  
Relation \_\_\_\_\_  
Phone Number \_\_\_\_\_

2. List the family members or other persons, if any, whom we may inform about your medical condition **ONLY IN AN EMERGENCY:**

Name \_\_\_\_\_  
Relation \_\_\_\_\_  
Phone Number \_\_\_\_\_

**ACKNOWLEDGMENT OF REVIEW OF  
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

I have reviewed the St. Paul Children's Clinic **Notice of Privacy Practices**, which explains how my medical and psychological information will be used and disclosed. I understand that I am entitled to receive a copy of this document.

Signature of Patient or Personal Relative \_\_\_\_\_

Name of Personal Representative If Used \_\_\_\_\_

Description of Personal Representative's Authority \_\_\_\_\_



St. Paul Children's Clinic  
1350 East Richard Tyler, Texas 75702  
903-531-9455

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Yo reconozco que mi información será usada solo para comunicarse conmigo. Información con respecto a mi condición medica y diagnostico solo será compartida con las personas indicadas abajo.

1. Indique el nombre de el miembro familiar ó cualquier otra persona a quien le puédanos comunicar y compartir su condición medica y su diagnostico:

Nombre \_\_\_\_\_  
Relacion \_\_\_\_\_  
Numero de Teléfono \_\_\_\_\_

2. Indique el nombre de el miembro familiar ó cualquier otra persona a quien le puédanos comunicar y compartir su condición medica SOLO EN CASO DE UNA EMERGENCIA:

Nombre \_\_\_\_\_  
Relacion \_\_\_\_\_  
Numero de Teléfono \_\_\_\_\_

**RECONOCIMIENTO DE HABER REVISADO  
EL AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

Yo revisé el **Aviso de Practicas de Privacidad** de St. Paul Children's Clinic, que explica como mi información medica y psicológica será usada y compartida. Yo estoy consiente de que tengo derecho a recibir una copia de este documento.

Firma del Paciente ó Familiar \_\_\_\_\_

Nombre del Representante Personal (Si Aplica) \_\_\_\_\_

Describe la Autoridad de su Representante Personal \_\_\_\_\_