

# The Children's Center of Corpus Christi

2120 Baldwin Blvd. C.C., TX. 78405  
P: (361)500-0096 F: (877)409-2521

1504 Waldron Rd. C.C., TX 78418  
P: (361)937-5311 F: (855)618-2472

2411 Rand Morgan Rd. C.C., TX 78410  
P: (361)504-1028 F: (361)504-1033

## **Child's Information**

Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ M / F

Address: \_\_\_\_\_ City/State/Zip \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Ethnicity: Hispanic / Not Hispanic Race: \_\_\_\_\_

## **Parents / Guardians Information**

Mother's Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Address (if different): \_\_\_\_\_ City/State/Zip \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Employer: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Father's Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Address (if different): \_\_\_\_\_ City/State/Zip \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Employer: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

## **Insurance Information**

Ins. Name: \_\_\_\_\_ Policy Holder: \_\_\_\_\_

ID#: \_\_\_\_\_ Group #: \_\_\_\_\_

Sec. Ins. : \_\_\_\_\_ Policy Holder: \_\_\_\_\_

ID#: \_\_\_\_\_ Group #: \_\_\_\_\_

## **In Case of Emergency**

Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

## **Pharmacy Information**

Pharmacy Name: \_\_\_\_\_ Pharmacy Number: \_\_\_\_\_

\*\*\*I am financially responsible for all charges rendered at time of service, not covered by insurance. I authorize payment of medical benefits to the Physician for professional services rendered and release of medical information necessary to process my insurance claim.\*\*\*

Signature: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

# The Children's Center of Corpus Christi

2120 Baldwin Blvd. C.C., TX. 78405  
P: (361)500-0096 F: (877)409-2521

1504 Waldron Rd. C.C., TX 78418  
P: (361)937-5311 F: (855)618-2472

2411 Rand Morgan Rd. C.C., TX 78410  
P: (361)504-1028 F: (361)504-1033

## **Información del niño**

Nombre: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ M / F

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código Postal \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Origen étnico: Hispano/No Hispano Raza: \_\_\_\_\_

## **Información de Padres**

Nombre del Madre: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Domicilio (si diferente): \_\_\_\_\_ City/State/Zip \_\_\_\_\_

Numero Telefonico: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Empleado: \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Domicilio (si diferente): \_\_\_\_\_ City/State/Zip \_\_\_\_\_

Numero Telefonico: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Empleado: \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_

## **Aseguro Medico**

Nombre de Aseguro: \_\_\_\_\_ Asegurador: \_\_\_\_\_

ID#: \_\_\_\_\_ Group #: \_\_\_\_\_

Segundo Aseguro. : \_\_\_\_\_ Asegurador: \_\_\_\_\_

ID#: \_\_\_\_\_ Group #: \_\_\_\_\_

## **Encaso de Emergencia**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Numero Telefonico: \_\_\_\_\_

## **Información de Farmacia**

Nombre de Farmacia: \_\_\_\_\_ Numero Telefonico: \_\_\_\_\_

\*\*\*Soy financieramente responsable de todos los cargos prestados en el momento del servicio, no cubiertos por el seguro. Autorizo el pago de beneficios médicos al Médico por los servicios profesionales prestados y la divulgación de la información médica necesaria para procesar mi reclamo de seguro.\*\*\*

Firma: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**Patient Preference Regarding Communication of Health Information**  
**Preferencia del paciente con respecto a la comunicación de la información de salud**

I hereby give permission to **The Children's Center of Corpus Christi** to disclose and discuss any information related to my child's (**CHILD'S NAME**) \_\_\_\_\_ (**DOB**) \_\_\_\_\_ medical condition(s) to / with the following adult family member(s), other adult relative(s) and / or close adult personal friend(s):

Por la presente doy permiso a **The Children's Center of Corpus Christi** para divulgar y discutir cualquier información relacionada con las condiciones médicas de mi hijo/hija (**NOMBRE DE PACIENTE**) \_\_\_\_\_ (**Fecha de Nacimiento**) \_\_\_\_\_ de mi hijo con los siguientes familiares adultos, otros parientes adultos y/o amigos personales adultos cercanos:

**MUST BE OVER 18 YRS/DEBE SER MAYOR DE 18 AÑOS::**

---

Name	Relationship	Contact #
------	--------------	-----------

---

Name	Relationship	Contact #
------	--------------	-----------

**Parent Consent for Minor Child/**  
**Consentimiento de los padres para un menor**

The following adult family member(s), adult family friend may consent to healthcare treatment of my child when I am not available:

Los siguientes familiares adultos o amigos adultos de la familia pueden dar su consentimiento para que mi hijo reciba tratamiento médico cuando yo no esté disponible:

**MUST BE OVER 18 YRS/DEBE SER MAYOR DE 18 AÑOS::**

---

Name	Relationship	Contact #
------	--------------	-----------

---

Name

Relationship

Contact #

\*\*\*The duration of this authorization is indefinite unless otherwise revoked in writing. I understand that requests for medical information from persons not listed above will require a specific authorization prior to the disclosure of any medical information.\*\*\*

\*\*\*La duración de esta autorización es indefinida a menos que se revoque lo contrario por escrito. Comprendo que las solicitudes de información médica de personas que no figuran en la lista anterior requerirán una autorización específica antes de divulgar cualquier información médica. \*\*\*

Signature: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



## **PATIENT CONSENT FORM (HIPAA)**

I understand that, under the Health Insurance Portability & Accountability Act of 1996 (HIPAA), I have certain rights to privacy regarding my protected health information. I understand that this information can and will be used, but is not mandatory for me to sign in order to:

- Treatment (including direct or indirect treatment by other healthcare providers involved in my treatment).
- Obtaining payment from third party payers (e.g. my insurance company).
- The day to day healthcare operations of your practice.

I have been informed by **THE CHILDREN'S CENTER OF CORPUS CHRISTI** of their Notice of Privacy Practices containing a more complete description of the uses and disclosures of my health information. I have been given a copy of your Notice of Privacy Practices prior to signing this consent, I understand that this office has the right to change its Notice of Privacy Practices from time to time and that I may contact this office at any time at the above address to obtain a current copy of the Notice of Privacy Practices.

I understand that I may request in writing that you restrict how my private information is used or disclosed to carry out treatment, payment, or health operations. I also understand you are not required to agree to my requested restrictions, but if you do agree then you are bound to abide by such restrictions.

I understand that I may revoke this consent in writing at any time, except to the extent that you have taken action relying on this consent.

Signature: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



## **FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE (HIPAA)**

Entiendo que, según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información médica protegida. Entiendo que esta información puede y será utilizada, pero no es obligatorio que la firme para:

Tratamiento (incluido el tratamiento directo o indirecto por parte de otros proveedores de atención médica involucrados en mi tratamiento).

Obtener el pago de terceros pagadores (por ejemplo, mi compañía de seguros).

Las operaciones diarias de atención médica de su práctica.

He sido informado por EL CENTRO DE NIÑOS DE CORPUS CHRISTI de su Aviso de Prácticas de Privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud. Me han dado una copia de su Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento, entiendo que esta oficina tiene el derecho de cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad de vez en cuando y que puedo comunicarme con esta oficina en cualquier momento en el mencionado anteriormente. dirección para obtener una copia actual del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que usted restrinja cómo se usa o divulga mi información privada para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de salud. También entiendo que no está obligado a cumplir con mis restricciones solicitadas, pero si está de acuerdo, entonces está obligado a cumplir con dichas restricciones.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que haya tomado medidas basándose en este consentimiento.

Signature: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



## **MEDICAL HISTORY**

### **Medications Currently Taking (including Over the Counter):**

Medicamentos que toma actualmente (incluidos los de venta libre):

Name	Dosage	Frequency
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

### **Drug / Food Allergies:**

Alergias a medicamentos/alimentos:

### **Hospitalizations / Surgeries:** Hospitalizaciones / Cirugías:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Any Medical History from birth until now / Cualquier historial médico desde el nacimiento hasta ahora:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



Texas Immunization Registry (ImmTrac2) Minor Consent Form



A parent, legal guardian or managing conservator must sign this form if the client is younger than 18 years of age.

Child's First Name, Middle Name, Last Name, Date of Birth, Gender, Telephone, Email address, Address, Apartment # / Building #, City, State, Zip Code, County, Mother's First Name, Mother's Maiden Name

Race (select all that apply) and Ethnicity (select only one) checkboxes

The Texas Immunization Registry (ImmTrac2) is a free service of the Texas Department of State Health Services (DSHS). The Texas Immunization Registry is a secure and confidential service that consolidates and stores your child's (younger than 18 years of age) immunization records.

Consent for Registration of Child and Release of Immunization Records to Authorized Persons/Entities. I understand that, by granting the consent below, I am authorizing release of the child's immunization information to DSHS and I further understand that DSHS will include this information in the Texas Immunization Registry.

State law permits the inclusion of immunization records for First Responders and their immediate family members in the Texas Immunization Registry. A "First Responder" is defined as a public safety employee or volunteer whose duties include responding rapidly to an emergency.

By my signature below, I GRANT consent for registration. I wish to INCLUDE my child's information in the Texas Immunization Registry. Parent, legal guardian, or managing conservator: Printed Name, Signature, Date

Privacy Notification: With few exceptions, you have the right to request and be informed about information that the State of Texas collects about you. You are entitled to receive and review the information upon request.

PROVIDERS REGISTERED WITH the Texas Immunization Registry: Please enter client information in the Texas Immunization Registry and affirm that consent has been granted. DO NOT fax to the Texas Immunization Registry. Retain this form in your client's record.

Questions? Tel: (800) 252-9152 • Fax: (512) 776-7790 • https://www.dshs.texas.gov/immunize/immtrac/ Texas Department of State Health Services • Immunizations • Texas Immunization Registry - MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347





REGISTRO DE INMUNIZACIÓN DE TEXAS (ImmTrac2)
Consentimiento para menores de edad



Si el cliente es menor de 18 años, uno de los padres, el tutor legal o el titular de la custodia debe firmar este formulario.

Form fields for: Primer nombre del menor, Segundo nombre del menor, Apellido del menor, Sexo del menor, Fecha de nac. del menor, Teléfono, Correo electrónico, Dirección del menor, NÚm. de apartamento o edificio, Ciudad, Estado, Código postal, Condado, Nombre de la madre, Apellido de soltera

Raza (seleccione todos los que correspondan): Indio americano o nativo de Alaska, Asiático, Negro o afroamericano, Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico, Blanco, Otro, Se negó a contestar. Grupo étnico (seleccione solo una): Hispanico o latino, No hispano o latino, Otro

El Registro de Inmunización de Texas (ImmTrac2), es un servicio gratuito del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS) de Texas. Se trata de un servicio seguro y confidencial que consolida y guarda los registros de vacunación de su hijo (hasta los 18 años de edad).

Consentimiento para incluir en el registro a un menor y para divulgar sus datos a las entidades autorizadas. Entiendo que, al dar aquí mi consentimiento, autorizo la divulgación de mis datos de vacunación al DSHS, y entiendo además que el DSHS incluirá esta información en el Registro de Inmunización de Texas.

La ley estatal permite la inclusión de los registros de vacunación de los socorristas y sus familiares directos en el Registro de Inmunización de Texas. Se define como "socorrista" al empleado de la seguridad pública o voluntario cuyas funciones incluyen el responder rápidamente a una emergencia médica.

Marque la casilla de abajo para indicar si su hijo es familiar directo de un socorrista. [ ] Soy FAMILIAR DIRECTO de un socorrista.

Con mi firma a continuación, DOY mi consentimiento para el registro. Deseo INCLUIR los datos de mi hijo en el Registro de Inmunización de Texas. El padre o madre, tutor legal o titular de la custodia: Nombre escrito a mano, Firma, Fecha

Aviso de confidencialidad: Con ciertas excepciones, usted tiene derecho a solicitar y recibir información sobre los datos que el estado de Texas recabe sobre usted. Usted tiene derecho a recibir y revisar la información si así lo solicita.

PROVIDERS REGISTERED WITH the Texas Immunization Registry: Please enter client information in the Texas Immunization Registry and affirm that consent has been granted. DO NOT fax to the Texas Immunization Registry. Retain this form in your client's record.

Questions? Tel: (800) 252-9152 • Fax: (512) 776-7790 • https://www.dshs.texas.gov/immunize/immtrac/ Texas Department of State Health Services • Immunizations • Texas Immunization Registry – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

# CANCELLATION POLICY

**Effective as of March 15, 2020**

Patients must give a **24 hour notice** of any appointment cancellations or reschedules.

- Private Insurances will be charged a fee of \$ 25.00
- Medicaid patients will be reported to your respective Health Plan as well to the State.

**Please note:**

frequent no shows may lead up to termination of clinic services.

Parent Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**CANCELADO**

**Efectivo a partir del 15 de marzo de 2020**

Los pacientes deben avisar con 24 horas de antelación sobre cualquier cancelación o reprogramación de citas.

- A los seguros privados se les cobrará una tarifa de \$25.00
- Los pacientes de Medicaid serán informados a su respectivo Plan de Salud y al Estado.

**Tenga en cuenta:**

Las ausencias frecuentes pueden dar lugar a la terminación de los servicios de la clínica.

Firma de los padres: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



<input type="checkbox"/> <b>Julie Willis, FNP-C</b> 2120 BALDWIN BLVD, CORPUS CHRISTI, TX 78405 PHONE: 361.500.0096 FAX: 877.409.2521	<input type="checkbox"/> <b>Olivia Lomas, FNP-BC</b> 1504 WALDRON RD, CORPUS CHRISTI, TX 78418 PHONE: 361.937.5311 FAX: 855.618.2472	<input type="checkbox"/> <b>Morgan Gawlik-Reyes, FNP-C</b> 2411 RAND MORGAN RD, CORPUS CHRISTI, TX 78410 PHONE: 361.504.1028 FAX: 866.464.1064
---	--	--

**AUTHORIZATION TO RELEASE HEALTHCARE INFORMATION TO:**

***The Children's Center  
of Corpus Christi***

ANY REQUESTS GREATER THAN 10 PAGES SHOULD BE SENT VIA SECURED EMAIL TO: **TCCOCC.PEDIATRICS@GMAIL.COM**  
OR BY MAIL TO THE RESPECTIVE ADDRESS MARKED ABOVE.

**PLEASE DO NOT FAX ANY MEDICAL RECORDS GREATER THAN 10 PAGES.**

Patient's Name: _____	DOB: _____
Patient's Name: _____	DOB: _____
Patient's Name: _____	DOB: _____
Patient's Name: _____	DOB: _____
Patient's Name: _____	DOB: _____

I request and authorize the release of my medical records from:

Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

This request and authorization applies to:

- All healthcare information
- Yes  No I authorize the release of any records including immunization records, labs, x-rays, and any diagnosis records of any treatments rendered to me during this time.

Patient Signature: \_\_\_\_\_ Date Signed: \_\_\_\_\_