HILLSIDE FAMILY HEALTH CLINIC, PA. ADULTO

CATHY POWERS, FNP REGISTRATION PACKET

Información para el paciente			
Fecha			Teléfono
Nombre:			Seg social:
Por favor use su nombre legal. Apellido	Primero	Medio	
Dirección			P.O. Box
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Sexo: □ Hombre □ Mujer	Edad:	Fecha de nacimiento:	Estado civil: □ Soltero(a) □ casado(a)□ divorciado(a)□ Separado(a) □ Viudo(a)
Empleo:			Ocupación:
Correo electrónico:			
Referido por:			
En caso de emergencia llame a:			
Nombre			Teléfono

Financiera pago - por favor dar su tarjeta de seguro a la recepcionista			
Padre / tutor / responsable partido:			
Pasado	Primero	Medio	
Relación con el paciente:	Fecha de nacimiento:		Seguridad social:
Dirección			P.O. Box
Ciudad:	Estado:		Código postal:
Compañía de seguros:	Número de Grupo:		ID de miembro:
Por favor una lista de todos los proveedores de atención de salud anterior:			

La información anterior es fiel a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo a mi seguro de beneficios se pagan directamente al médico. Entiendo que ladera clínica sólo estima mis beneficios y soy financieramente responsable de cualquier saldo no cubierto por mi compañía de seguros. Si una tarjeta de seguro actual y exacta o letra no se presenta en el momento de la visita, todos los servicios son a pagar en el momento del servicio. También autorizo a clínica de salud familiar de ladera o compañía de seguros para liberar cualquier información necesaria para procesar mi reclamo. También estoy de acuerdo a Oficina políticas y privacidad prácticas previstas me informe. (copia disponible a petición) además, autorizo a ladera familia clínica para una revisión de la historia de la medicina.

Padre / tutor / encargado firma del partido: Fecha:

PACIENTE Y POLITICA FINANCIERA

Bienvenidos a nuestro hogar médico . Hillside Family Health Clinic está dirigido por el Dr. Thomas Sames , MD, y nuestra practicante de enfermería/ duena, Cathy Powers. A su llegada se le llene la información acerca de usted que será ingresado en nuestra base de datos electrónica médica y su foto será tomada por un récord en su gráfico. Su información es confidencial y no será visto por otros pacientes o visitantes . Al igual que en la mayoría de las clínicas , las citas son vistos por primera vez , sin cita previa se trabajan en tan asigna tiempo . Hay varios miembros del personal de la clínica y cada uno de ellos estarán preparando un lugar para cada paciente , por lo que se le proporcione la "calidad de la atención tan pronto como sea posible . " Lamentamos las molestias, pero debido a cargas pesadas paciente , que puede tener mínimo de tiempo de espera de 2 horas. Gracias por su paciencia.

Somos una clínica médica general y abiertos de lunes a viernes 8am -5pm. Walk-ins pueden estar disponibles todos los días de 8 a.m.-10 a.m, y 1pm-4pm, pero sólo como nuestro horario lo permite. Tomamos la mayoría de los seguros, pero no tomamos 'reclamaciones de compensación o de accidentes automovilísticos de obrero. Si usted tiene "compensación al trabajador, le dará una referencia a otra clínica. Se requiere que su tarjeta de seguro y licencias de conducir en cada visita de Ley de Identidad de Red Flag. También se requiere el número de seguro social del paciente para todas las citas, los laboratorios y las referencias. Sin esta información no vamos a ser capaces de verte. Si tiene alguna pregunta acerca de los seguros o la facturación en general por favor, póngase en contacto con nuestro agente de facturación en naguire@hillsidefamilyhealth.com. Esta clínica es un centro de operaciones certificada y ha sido seleccionada para dar el gobierno y los exámenes físicos de inmigración. También se han designado para el Healthy Texas Women, niños especiales de Medicaid, Chips, STAR y CCHN.

Establecer como pacientes se le programará para un examen físico completo. Esto incluye análisis de sangre una pantalla de orina de drogas, y una papilla para las hembras de edad. Se le dará una orden de laboratorio de 3 días antes de que su físico y los resultados serán discutidos con usted y un plan de atención establecido. Los medicamentos serán rellenados de acuerdo a las necesidades de cada paciente. Recargas se procesan en el ordenador entre 9a-5p Lunes - jueves y el viernes de 9a-12n. No llenamos recetas durante el fin de semana o en días festivos.

También vamos a firmar el paciente para obtener una cuenta de portal, esta cuenta le dará acceso a sus registros médicos, recargas de medicina, y solicitud de citas. Al aceptar este formulario, usted también está de acuerdo con la Clínica de Salud Familiar de la ladera o cualquier agente o representante contratado para ponerse en contacto con usted por teléfono, teléfono celular, correo electrónico o cualquier otro dispositivo inalámbrico, con respecto a todas sus dudas, problemas con receta o de pruebas, o de la cuenta y facturación colecciones médicas.

Tenemos un contrato con el departamento de salud pública de Texas para proporcionar la vacuna para los niños . Esto se aplica a aquellos niños que cumplen con los estándares de elegibilidad . Todos los demás están obligados a pagar el precio completo de la vacuna . El costo para los beneficiarios es de $ 14.00 por un disparo, $ 28.00 para 2 o más disparos , por niño . Debe tener un registro de vacunación actual y el número de seguridad social del niño para recibir disparos . En el momento de la visita del niño , se le pedirá que firme el permiso para darle a su hijo la vacuna y colocar archivos de su hijo en el Registro IMMTRAC . Esto asegura que no importa a donde vaya en Texas, registro de vacunas de su hijo va a estar disponible . También proporcionamos vacunas contra la fiebre amarilla y otras vacunas viajes

Al firmar la parte inferior de este formulario, usted está de acuerdo con nuestra política financiera. Y usted también tendrá algunos formularios adjuntos que necesitan ser firmado por verse aquí. Una de ellas es una forma HFCA presentar su seguro, ImmTrac Registro y recibir la vacuna. Si su seguranza no paga, se le cobrará todo lo que no pagan. También debe pagar su co-pago antes de su visto. Si usted tiene una tarjeta de seguranza y / o carta, es su responsabilidad asegurarse que Cathy Powers, FNP, o Thomas Sames MD está catalogado como un proveedor. Cuando usted nos da su información personal, por favor asegúrese de que son correctos o la compañía de seguros no pagarán. Por favor considerar esta información cuidadosamente antes de firmar. Una vez que haya firmado el presente documento, se han puesto de acuerdo con sus términos. Este documento se mantendrá en archivo y uno nuevo sólo será necesaria si cambia algo en su información personal. Es su prerrogativa de no firmar. Sin embargo, si usted no puede firmar, entonces no podemos verlo/a como paciente.Si el seguro no está disponible por favor pregunte por nuestro programa de escala móvil. También se le pedirá que decidir quién desea que su información sea compartida. Tomamos en efectivo, Visa, Master Card y otras tarjetas de débito. Nuestros cargos varían según el tipo de servicio. Por favor, pregunte a la recepcionista, si usted tiene preguntas sobre el coste de la visita. El costo de la visita aumentará o disminuirá en función del número de procedimientos necesarios para ayudarle a obtener también. No tomamos cheques.

Nombre de Paciente

Firma del paciente/ Guardián

Hillside Family Health Clinic, P.A.
7130 Bell
Amarillo, Texas 79106
Ph. 806-373-4010
Fax 806-331-6373

The federal government requires that all persons on Medicaid, Medicare, Chips Superior Insurance, and First Care keep their appointments in order to keep their insurance coverage. It is this practice's policy to allow you three no shows maximum. We cannot adequately take care of your health needs, if you are non-compliant. Please sign below that you have received this notice and will comply by keeping your appointments as scheduled.

El gobierno federal requiere que todas las personas en Medicaid, Medicare, Chips Seguros Superior y First Care mantengan sus citas con el fin de mantener su cobertura de seguro. Es política de esta práctica para permitir que usted quiebre tre citas a lo máximo. No podemos tomar adecuadamente el cuidado de sus necesidades de salud, si usted no conforme. Por favor firme abajo que ha recibido este aviso y cumplirá al mantener sus citas en la fecha prevista

sinceramente,

Cathy Powers, APRN

Patient/Guardian Signature_____Date_____
Firme de paciente/guardian Fecha

HILLSIDE FAMILY HEALTH CLINIC, PA

CATHY POWERS, FNP

AUTORIZACIÓN PARA REVISAR LOS REGISTROS MÉDICOS

Nombre de Paciente:_____ Fecha de Nacimiento:_____

Autorización para revisión de historias clínicas

La Health Insurance Portability y Accountability Act (HIPPA) requieren que el paciente (o padre, tutor o representante legal) de su consentimiento a los demás a mirar lo expedientes médicos del paciente. Por favor escriba los nombres debajo de parientes o amigos, 18 años o más, que puede tener acceso a los registros médicos de pacientes. Éstas serán las únicas personas a ver o recibir información sobre su atención médica. **HFHC no divulgaremos información a cualquier otra persona mas que el padre, tutor o representante legal de los menores, que no se enumeran abajo.**

Nombre completo:	Relación con el paciente:

Autorización para tratamiento médico de los menores de edad

Firmando esta forma, el paciente padre, tutor o representante legal autorizo las siguientes personas para obtener y ordenar tratamiento médico para este paciente. Son mayores de edad (18 años o más) para tomar decisiones de tratamiento médico estando ausente el padre, tutor o representante legal, también pueden firmar toda documentación médica para que el paciente puede recibir tratamiento médico adecuado y rápido. Esto es válido hasta que una notificación por escrito afirma lo contrario. **HFHC no permitirá que el paciente al verse sin un padre, tutor o representante legal, a menos que se enumeran a continuación o han escrito permiso.**

Nombre completo:	Relación con el paciente:

Paciente [padre, tutor o Representante Legal] Firma

Fecha

HILLSIDE FAMILY HEALTH CLINIC, PA

CATHY POWERS, FNP

AUTORIZACIÓN PARA REVISAR LOS REGISTROS MÉDICOS

Nombre del paciente (IMPRESIÓN): _____SSN:_____DOB: _____

está solicitando que Hillside Family Health Clinic, PA obtener información sobre salud **DE** la persona/compania/agencia/centro indicada abajo.

Nombre:	
Nombre de la organización:	
Dirección:	
Número de teléfono:	

La información a ser revelada se refiere a las fechas de servicio comprendido entre _____ y _____.

□ Registro médico completo	Lista de medicamentos □	Notas de terapia física □
□ Información demográfica	□ las vacunas	□ Registros de salud ocupacional
□ Historia y física	□ Resultados	□ Otras:
□ Historia médica / quirúrgica	□ Otras evaluaciones	
□ Oficina médico señala	Resumen de descarga □	

Las condiciones y notificaciones:

Al firmar este formulario, autorizo a soltar información médica confidencial sobre mí, soltando una copia de mi expediente médico, o un resumen o narración de mi información protegida de salud, a

Clínica de salud de la familia colina, PA.
PH: 806-373-4010
Fax: 806-331-6373

Cathy Powers, FNP
Thomas Sames, MD

Entiendo que puedo revocar este consentimiento (por escrito) en cualquier momento excepto en la medida en que la acción ha sido tomar en dependencia de él. Este consentimiento se caducan 180 días después de mi firma a menos que se especifique lo contrario.

Firma del paciente [o el padre, tutor o representante legal] **Fecha**

Informacion Addicional:

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR LÉALA CUIDADOSAMENTE.

Este aviso de prácticas de privacidad no es una autorización. Este aviso de prácticas de privacidad describe cómo nosotros, nuestros asociados de negocios y sus subcontratistas, podemos usar y divulgar su información de salud protegida (PHI) para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o cuidado de la salud (TPO) y para otros propósitos permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos para acceder y controlar su información protegida de salud. "Información de salud protegida" es información sobre usted, incluyendo información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con su pasado, condición de salud física o mental presente o futura y relacionados con servicios de salud.

USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Su información protegida de salud puede utilizarse y divulgarse por su médico, nuestro personal de oficina y otros fuera de nuestras oficinas que están involucradas en su cuidado y tratamiento a efectos de brindar servicios de salud a usted, para pagar sus cuentas de salud, para apoyar la operación de la práctica del médico y cualquier otro uso requerido por la ley.

Tratamiento : Vamos a utilizar y divulgar su información protegida de salud para proporcionar, coordinar o manejar su cuidado de salud y de cualquier servicios relacionados. Esto incluye la coordinación o gestión de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, su información protegida de salud puede ser proporcionada a un médico a quien se ha referido para asegurar que el médico tiene la información necesaria para diagnosticar o tratar te.

Pago : Su información protegida de salud se utilizará, según sea necesario, para obtener pago por sus servicios de salud. Por ejemplo, obtener aprobación para una estancia del hospital puede requerir que se revelen su información protegida de salud pertinente al plan de salud para obtener la aprobación para el ingreso en el hospital.

Operaciones de cuidado de la salud : Podemos utilizar o revelar, según sea necesario, su información de salud protegida para apoyar las actividades prácticas de su médico. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, evaluación de la calidad, revisión de empleados, capacitación de estudiantes de medicina, licencias, recaudación de fondos y conducir o arreglar para otras actividades empresariales. Por ejemplo, podemos divulgar su información protegida de la salud a estudiantes médicos que ven a pacientes en nuestra oficina. Además, podemos utilizar una hoja en la mesa de registro donde se le pedirá que firme su nombre e indicar a su médico. También podemos llamarlo por su nombre en la sala de espera cuando su médico está listo para verte. Podemos usar o revelar su información protegida de salud, según sea necesario, para comunicarnos con usted para recordarle de su cita e informarle sobre alternativas de tratamiento o de otros beneficios relacionados con la salud y servicios que puedan ser de interés para usted. Si usamos o divulgamos su información médica protegida para las actividades de recaudación de fondos, le ofrecemos la opción de optar por esas actividades. También puede optar por volver pulg

Podemos utilizar o divulgar su información protegida de salud en las situaciones siguientes sin su autorización. Estas situaciones incluyen: como requerido por la ley, cuestiones de salud pública según los requisitos de ley, enfermedades transmisibles, supervisión de salud, abuso o negligencia, alimentos y requisitos de administración de drogas, judiciales, policiales, forenses, directores de funerarias, donación de órganos, investigación, actividad criminal, actividad militar y seguridad nacional, compensación, internos y otros requieren usos y divulgaciones. Bajo la ley, debemos hacer revelaciones a usted por su requerimiento. Bajo la ley, también debemos revelar su información protegida de salud cuando sea requerido por el Secretario del Departamento de salud y servicios humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos establecidos en la sección 164.500.

USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN

Otros permitidos y requiere usos y revelaciones se hará sólo con su consentimiento, autorización u oportunidad de objeto a menos que requerido por la ley. Sin su autorización, estamos expresamente prohibidos para usar o divulgar su información médica protegida para propósitos de mercadotecnia. No podemos vender su información protegida de salud sin su autorización. No podemos usar o divulgar notas de psicoterapia más contenidas en su información de salud protegida. No utilizar ni divulgar cualquiera de su información médica protegida que contiene información genética que se utilizará para fines de suscripción.

Podrá revocar la autorización, en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que el médico o la práctica del médico ha tomado una acción en la confianza en el uso o la revelación indicados en la autorización.

SUS DERECHOS

Las siguientes son las declaraciones de sus derechos respecto a su información protegida de salud.

Usted tiene el derecho a inspeccionar y copiar su información protegida de salud (pueden aplicar cargos), conforme a su petición por escrito, usted tiene el derecho de inspeccionar o copiar su información protegida de salud ya sea en papel o formato electrónico. Bajo ley federal, sin embargo, no podrá inspeccionar ni copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia, información compilada en anticipación razonable de, o utilizado en una acción civil, penal o administrativa o la información de salud protegida, procedimiento restringido por la ley, información que está relacionada con la investigación médica en la que han acordado participar, información cuya divulgación puede resultar en daños o lesiones a usted o a otra persona , o la información que fue obtenida bajo promesa de confidencialidad.

Tiene derecho a solicitar una restricción de su información de salud protegida: Esto significa que usted puede pedir que no usemos o divulguemos cualquier parte de su información protegida de salud a efectos de tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud. También puede solicitar que alguna parte de su información protegida de salud no será revelada a miembros de la familia o amigos que pueden estar implicados en su cuidado o para propósitos de notificación como se describe en este aviso de prácticas de privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada y a quién quiere la restricción a aplicar. Su médico no está obligado a aceptar la restricción solicitada excepto si usted pide que el médico no revelar información de salud para su plan de salud con respecto a la asistencia sanitaria que usted ha pagado total fuera del bolsillo protegida.

Tiene derecho a solicitar para recibir comunicaciones confidenciales: usted tiene el derecho a solicitar comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Usted tiene el derecho a obtener una copia impresa de este aviso de nosotros, a petición, incluso si usted ha accedido a aceptar este aviso también es decir electrónicamente.

Usted tiene derecho a solicitar una enmienda a su información de salud protegida – Si negamos su solicitud de enmienda, usted tiene el derecho a presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y nos puede preparar una refutación a su declaración y le proporcionará una copia de dicha refutación.

Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de ciertas revelaciones – usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de accesos, papel o electrónico, excepto divulgaciones: en virtud de una autorización, para fines de tratamiento, pago, operaciones de cuidado de la salud; requerido por la ley, que se produjo antes de 14 de abril de 2003, o seis años antes de la fecha de la solicitud.

Usted tiene el derecho a recibir notificación de incumplimiento, se le notificará si su información de salud protegida ha sido violada.

Usted tiene el derecho a obtener una copia impresa de este aviso de nosotros, incluso si usted ha accedido a recibir el aviso por vía electrónica. Nos reservamos el derecho a modificar los términos de este aviso y le notificaremos de dichos cambios en la cita siguiente. También hacemos copias disponibles de nuestro nuevo aviso si desea obtenerla.

QUEJAS

Usted puede quejarse a nosotros o a la Secretaria de salud y servicios humanos si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados por nosotros. Puede presentar una queja con nosotros notificando a nuestro oficial de cumplimiento de su queja. No talionaremos contra usted por presentar una queja. Oficial de cumplimiento de HFHC es:

Cheraye LeGrand

806-373-4010

caguirre@hillsidefamilyhealth.com

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de y brindar a los individuos con este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a información protegida de salud. También estamos obligados a respetar los términos del aviso actualmente en efecto. Si usted tiene alguna pregunta en referencia a este formulario, por favor pida hablar con nuestro oficial de cumplimiento HIPAA en persona o por teléfono en nuestro número de teléfono principal. Por favor firme el formulario de "Reconocimiento" que lo acompaña. Tenga en cuenta que al firmar el formulario de reconocimiento está sólo reconociendo que ha recibido o ha dado la oportunidad de recibir una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad

Paciente Nombre (escribe) Date

Firma del paciente firma de madre/tutor fecha Date

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM

APPROVED BY NATIONAL UNIFORM CLAIM COMMITTEE (NUCC) 02/12

PICA

PICA

CARRIER

PATIENT AND INSURED INFORMATION

1. MEDICARE ☐ (Medicare#) MEDICAID ☐ (Medicaid#) TRICARE ☐ (ID#/DoD#) CHAMPVA ☐ (Member ID#) GROUP HEALTH PLAN ☐ (ID#) FECA BLK LUNG ☐ (ID#) OTHER ☐ (ID#)

1a. INSURED'S I.D. NUMBER (For Program in Item 1)

2. PATIENT'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial)

3. PATIENT'S BIRTH DATE MM DD YY SEX M ☐ F ☐

4. INSURED'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial)

5. PATIENT'S ADDRESS (No., Street)

6. PATIENT RELATIONSHIP TO INSURED Self ☐ Spouse ☐ Child ☐ Other ☐

7. INSURED'S ADDRESS (No., Street)

CITY STATE

8. RESERVED FOR NUCC USE

CITY STATE

ZIP CODE TELEPHONE (Include Area Code) ( )

ZIP CODE TELEPHONE (Include Area Code) ( )

9. OTHER INSURED'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial)

10. IS PATIENT'S CONDITION RELATED TO:

11. INSURED'S POLICY GROUP OR FECA NUMBER

a. OTHER INSURED'S POLICY OR GROUP NUMBER

a. EMPLOYMENT? (Current or Previous) ☐ YES ☐ NO

a. INSURED'S DATE OF BIRTH MM DD YY SEX M ☐ F ☐

b. RESERVED FOR NUCC USE

b. AUTO ACCIDENT? ☐ YES ☐ NO PLACE (State)

b. OTHER CLAIM ID (Designated by NUCC)

c. RESERVED FOR NUCC USE

c. OTHER ACCIDENT? ☐ YES ☐ NO

c. INSURANCE PLAN NAME OR PROGRAM NAME

d. INSURANCE PLAN NAME OR PROGRAM NAME

10d. CLAIM CODES (Designated by NUCC)

d. IS THERE ANOTHER HEALTH BENEFIT PLAN? ☐ YES ☐ NO *If yes*, complete items 9, 9a, and 9d.

READ BACK OF FORM BEFORE COMPLETING & SIGNING THIS FORM.

12. PATIENT'S OR AUTHORIZED PERSON'S SIGNATURE I authorize the release of any medical or other information necessary to process this claim. I also request payment of government benefits either to myself or to the party who accepts assignment below.

SIGNED X DATE

13. INSURED'S OR AUTHORIZED PERSON'S SIGNATURE I authorize payment of medical benefits to the undersigned physician or supplier for services described below.

SIGNED X

14. DATE OF CURRENT ILLNESS, INJURY, or PREGNANCY (LMP) MM DD YY QUAL.

15. OTHER DATE QUAL. MM DD YY

16. DATES PATIENT UNABLE TO WORK IN CURRENT OCCUPATION MM DD YY FROM MM DD YY TO

17. NAME OF REFERRING PROVIDER OR OTHER SOURCE

17a.

17b. NPI

18. HOSPITALIZATION DATES RELATED TO CURRENT SERVICES MM DD YY FROM MM DD YY TO

19. ADDITIONAL CLAIM INFORMATION (Designated by NUCC)

20. OUTSIDE LAB? ☐ YES ☐ NO $ CHARGES

21. DIAGNOSIS OR NATURE OF ILLNESS OR INJURY Relate A-L to service line below (24E) ICD Ind.

A. B. C. D.

E. F. G. H.

I. J. K. L.

22. RESUBMISSION CODE ORIGINAL REF. NO.

23. PRIOR AUTHORIZATION NUMBER

PHYSICIAN OR SUPPLIER INFORMATION

24. A. DATE(S) OF SERVICE From MM DD YY	To MM DD YY	B. PLACE OF SERVICE	C. EMG	D. PROCEDURES, SERVICES, OR SUPPLIES (Explain Unusual Circumstances) CPT/HCPCS	MODIFIER	E. DIAGNOSIS POINTER	F. $ CHARGES	G. DAYS OR UNITS	H. EPSDT Family Plan	I. ID. QUAL.	J. RENDERING PROVIDER ID. #
1										NPI	
2										NPI	
3										NPI	
4										NPI	
5										NPI	
6										NPI	

25. FEDERAL TAX I.D. NUMBER SSN EIN

26. PATIENT'S ACCOUNT NO.

27. ACCEPT ASSIGNMENT? (For govt. claims, see back) ☐ YES ☐ NO

28. TOTAL CHARGE $

29. AMOUNT PAID $

30. Rsvd for NUCC Use

31. SIGNATURE OF PHYSICIAN OR SUPPLIER INCLUDING DEGREES OR CREDENTIALS (I certify that the statements on the reverse apply to this bill and are made a part thereof.)

SIGNED DATE

32. SERVICE FACILITY LOCATION INFORMATION

a. b.

33. BILLING PROVIDER INFO & PH # ( )

a. b.

Hillside Family Health Clinic

Nombre Del Paciente_____ Nacimento___/___/_____ Fecha___/___/_____

Con el fin de servir mejor a sus necesidades médicas , le pedimos que complete el siguiente cuestionario forma más completa possible. El ***Health Care Consumer (HCC) –Health Care Provider (HCP)*** *relación es una relación privilegiada basada en la confianza y la honestidad . Al llenar y firmar este formulario, usted reconoce que entiende que cualquier información falsa intencionalmente puede afectar seriamente y negativamente a su salud .*

Nombre Del Paciente _____ Genero ◯M ◯F

Si la persona que completa esta documentación no es el paciente , por favor escriba su nombre, su relación con el paciente , y la razón de llenar el formulario para este paciente

Nombre_____Relacion_____Razon_____

Motivo de la Visita_____

Informacion de Contacto Personal del Paciente(Direccion y Telefono)

_____ Telefono De La Casa_____

_____ Telefono Del Trabajo_____

Contacto De Emergencia (Direccion y Telefono)

_____ Telefono De La Casa_____

_____ Telefono Del Trabajo_____

Informacion De Seguro (Compania De Seguros, Politica#, Contacto#)

_____ Telefono De Contacto_____

Numero De Poliza_____ Fax (Si Se Conoce)_____

Informacion Adicional O Secundaria Seguros

_____ Telefono De Contacto_____

Numero De Poliza_____ Fax (Si Se Conoce)_____

Anote Todos Los Medicamentos Que Esta Tomando. Incluir En El Mostrador Medicamentos, Hierbas y Vitaminas

Nombre Del Medicamento Dosis Ultima Tomado	*Nombre Del Medicamento Dosis Ultima Tomado*
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Por favor, enumerar y describir las reacciones alergicas que tenga a los alimentos, medicamentos, o picaduras de insectos

Compruebe si usted es alergico a **Mariscos___ IV Contraste Tinte___ Las Penicilas___**

Nombre del Paciente_____ Nacimento___/___/_____ Fecha___/___/_____

Tiene Antecedentes de Tabaquismo? ◯**Si** ◯**No** En Caso Afirmativo,_____# paquetes por dia, por cuanto tiempo

Alguna vez ha masticado tabaco? ◯Si ◯No

Ha fumado pipas o cigarros? ◯ Si ◯No En caso afirmativo, cuantos cigarros o cuencos___por dia/semana

Te dejar de fumar?Si es asi cuando? ◯ Si ◯ No _____

Has pensado en dejar de fumar? ◯ Si ◯ No En caso afirmativo, ha fijado una fecha para dejar de fumar? __Si __No

Ha intentado dejar de fumar? ◯ Si ◯ No En caso afirmativo, cual es el periodo de tiempo mas largo a dejar de fumar? ____

Usted tiene un historial de consume de alcohol? ◯ **Si** ◯ **No** En caso afirmativo especifique_____# bebidas por dia/semana

1'bebida es igual a 12oz de cerveza, 1.5oz de licor (80 grados) o 5 onzas de vino

Alguna vez has experimentado un apagón , o pérdida del conocimiento debido al alcohol? ◯Si ◯No
Ha necesitado beber para evitar temblores , sudoración y convertirse irritable? ◯Si ◯No
Ha sido arrestado o multado por DUI (Conducir Bajo la Influencia ◯Si ◯No
Ha estado en los accidentes de vehículos de motor en los últimos 12 meses? ◯Si ◯No

Usa drogas con fines recreativos**?** ◯**Si** ◯**No**
En caso afirmativo, marque lo que corresponda__ Las Anfetaminas __Cocaine__Marijuana__ Heroína __ Los Inhalants___
__LSD
Método de entrega que usted eligió __ Ingestión __ Inyección __ Inhalación
Cuánto quieres usar_____
Cuánto tiempo has usado drogas_____
Has dejado? ○**Si** ○No Si es así , cuando_____
Se ha tomado fármacos para prevenir temblores, sudoración o estar irritado? ◯Si ◯No
Alguna vez has tenido un problema con la adicción a receta medicamentos para el dolor o las benzodiacepinas ◯Yes ◯No
En caso afirmativo , especifique cuáles son los medicamentos y cuando _____
Ha viajado en el último año ◯**Si** ◯**No**
Si es así , por favor describa dónde, cuándo y cuánto tiempo estuvo allí.

Destinos turisticos fuera de los Estados Unidos	**Fechas pasadas en este destino**
_____	_____
_____	_____
Destinos turisticos dentro de los Estados Unidos	**Fechas pasamos en este destino**
_____	_____
_____	_____

Nombre del paciente _____ Nacimento___/___/_____Fecha___/___/_____

Hace ejercicio? ◯***Si*** ◯***No*** *En caso afirmativo ¿cuántas veces a la semana* _____
En caso afirmativo, alguna vez has roto los huesos o sostenida y lesiones como consecuencia de la caída ?
◯Yes ◯No

Ha tenido alguna de las siguientes vacunas? Marque todo lo que corresponda y especifique la última vez recibida.

◯Si ◯No Influenza _____
◯Si ◯No Neumonía _____
◯Si ◯No Tétanos _____
◯Si ◯No BCG_____
◯Si ◯No VPH (Gardasil)_____
◯Si ◯No Varicela_____

Nombre del paciente _____Nacimento___/___/_____ Fecha___/___/_____

Si usted es mujer, ¿alguna vez has estado embarazada? ◯**Si** ◯**No**
Número de embarazos ____ *Número de nacidos vivos* ____ *Número de abortos involuntarios* ____ *Numero de abortos*___ _
La edad de comienzo del ciclo menstrual ____ **La edad de inicio de la menopausia ____**
Alguna vez has tomado las pastillas anticonceptivas , o usa parches anticonceptivas o implantes
◯**Si** ◯**No**
En caso afirmativo , qué tomaste y por cuánto tiempo? _____
Alguna vez has estado en terapia de reemplazo hormonal? ◯**Si** ◯**No**

En caso afirmativo , qué tomaste y por cuánto tiempo? _____

Alguna vez has tenido un IUD? ◯**Si** ◯**No** *Si es así, se lo retiren?* _____ *Cuando*_____

Historial medico Por favor, marque lo que corresponda.

Disfunción suprarrenal ◯**Si** ◯**No**
Alzheimer's ◯**Si** ◯**No**
Esclerosis Lateral Amiotrófica ◯**Si** ◯**No**
Anorexia or Bulimia ◯**Si** ◯**No**
Trastorno de Ansiedad ◯**Si** ◯**No**
Malformaciones arteriovenosas ◯**Si** ◯**No**
Artritis ◯**Si** ◯**No**
Asma ◯**Si** ◯**No**
Enfermedades Autoinmunes ◯**Si** ◯**No**
Trastorno bipolar ◯**Si** ◯**No**
Trastorno de la coagulación ◯**Si** ◯**No**
Las cataratas ◯**Si** ◯**No**
Carrera ◯**Si** ◯**No**
Quimioterapia En caso afirmativo, cuando ◯**Si** ◯**No**

Claudicación ◯**Si** ◯**No**
Trastorno de la coagulación ◯**Si** ◯**No**
Defectos Congénitos del Corazón ◯**Si** ◯**No**
Enfermedad de las Arterias Coronarias ◯**Si** ◯**No**
COPD ◯**Si** ◯**No**
Fibrosis quística ◯**Si** ◯**No**
Depresión ◯**Si** ◯**No**
Diabetes ◯**Si** ◯**No**
Diálisis ◯**Si** ◯**No**
La eclampsia o pre -eclampsia ◯**Si** ◯**No**
Endocarditis ◯**Si** ◯**No**
Endometriosis ◯**Si** ◯**No**
Enfermedad Renal en Etapa ◯**Si** ◯**No**
Disfunción eréctil ◯**Si** ◯**No**
Esophageal Dysfunction ◯**Si** ◯**No**
Fibromialgia ◯**Si** ◯**No**
Los cálculos biliares ◯**Si** ◯**No**
La gastritis o úlcera gástrica ◯**Si** ◯**No**
GERD ◯**Si** ◯**No**
Glaucoma ◯**Si** ◯**No**

Irregular del Ritmo Cardiaco ◯**Si** ◯**No**
La cifosis ◯**Si** ◯**No**
Disfunción hepática ◯**Si** ◯**No**
La insuficiencia renal / disfunción ◯**Si** ◯**No**
Cancer ◯**Si** ◯**No**
Qué tipo de cáncer _____?

Mania ◯**Si** ◯**No**
Distrofia muscular ◯**Si** ◯**No**
Ataque Del Corazón ◯**Si** ◯**No**
Narcolepsia ◯**Si** ◯**No**
Apnea Obstructiva del Sueño ◯**Si** ◯**No**
Trasplante de Órganos *Por favor, describa* ◯**Si** ◯**No**

Osteoporosis ◯**Si** ◯**No**
Pancreatitis ◯**Si** ◯**No**
Movimiento periódico Trastorno ◯**Si** ◯**No**
Enfermedad Arterial Periférica ◯**Si** ◯**No**
Trastorno de Personalidad ◯**Si** ◯**No**
Pituitario Disfunción ◯**Si** ◯**No**
Síndrome de Ovario Poliquístico ◯**Si** ◯**No**

Hipertensión arterial pulmonar ◯**Si** ◯**No**
Fibrosis pulmonar ◯**Si** ◯**No**
Radioterapia *En caso afirmativo , explique* ◯**Si** ◯**No**

Infecciones recurrentes ◯**Si** ◯**No**
Síndrome de piernas inquietas ◯**Si** ◯**No**
Sarcoidosis ◯**Si** ◯**No**
Esquizofrenia ◯**Si** ◯**No**
Esclerodermia ◯**Si** ◯**No**
Escoliosis ◯**Si** ◯**No**
Convulsiones ◯**Si** ◯**No**

Nombre de Paciente_____ Nacimento___/___/_____ Fecha___/___/_____

Corazón o defectos en las válvulas ◯**Si** ◯**No**
Hemocromatosis ◯**Si** ◯**No**
Hemorroides ◯**Si** ◯**No**
Hepatitis ◯**Si** ◯**No**
HIV o SIDA ◯**Si** ◯**No**
Hipertensión ◯**Si** ◯**No**
Hipertiroidismo ◯**Si** ◯**No**
Hipertensión ◯**Si** ◯**No**
Hipertiroidismo ◯**Si** ◯**No**
La hipotensión ◯**Si** ◯**No**
Hipotiroidismo ◯**Si** ◯**No**
Enfermedad Inflamatoria Intestinal ◯**Si** ◯**No**

Sickle Cell ◯**Si** ◯**No**
Sjogren ◯**Si** ◯**No**
Trastornos de la piel ◯**Si** ◯**No**
Talasemia ◯**Si** ◯**No**
La trombocitopenia ◯**Si** ◯**No**
La trombofilia ◯**Si** ◯**No**
Transfusiones ◯**Si** ◯**No**
Tuberculosis *En caso afirmativo, ha recibido tratamiento?* ◯**Si** ◯**No**
Retención Urinaria / Urgencia ◯**Si** ◯**No**
Vasculitis ◯**Si** ◯**No**
Defectos Visuales ◯**Si** ◯**No**

Disfunción de cuerdas vocales /parálisis◯Si ◯No

Por favor enumere todos los procedimientos quirúrgicos que haya tenido. Incluir cirujano y fecha de la cirugía .

_____ _____
_____ _____
_____ _____
_____ _____
_____ _____
_____ _____

Historial médico familiar Anote todos los problemas médicos conocidos de su familia inmediata
(especificar M = Madre, P = Padre , H= Hermano, H = Hermana, H = Hijo , H= Hija, A = Abuela, A = Abuelo) .

_____ _____ _____ _____
_____ _____ _____ _____
_____ _____ _____ _____

Información adicional se siente puede ser útil para su proveedor de atención médica para saber .

Nombre: Fecha:

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE- 9 (PHQ-9)

Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems?
En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado por cualquiera de los siguientes problemas?

(Use "✔" to indicate your answer) (Utilizer (✔) para indicar su respuesta	**Not at All** De ningún modo	**Several Days** Algunos días	**More than half the days** Más de la mitad de los días	**Nearly every day** Casi todos los dias
1. Little interest or pleasure in doing things Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Feeling down, depressed, or hopeless Se siente triste, deprimido o sin esperanza	0	1	2	3
3. Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Feeling tired or having little energy Sentirse cansado o tener poca energía	0	1	2	3
5. Poor appetite or overeating Falta de apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Feeling bad about yourself — or that you are a failure or have let yourself or your family down Siente mal consigo mismo - o que usted es un fracaso o han dejado a ti mismo oa su familia	0	1	2	3
7. Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television Dificultad para concentrarse en las cosas, como la lectura de la periódico o ver la television	0	1	2	3
8. Moving or speaking so slowly that other people could have noticed? Or the opposite — being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual Se mueve o habla tan lentamente que otras personas podrían haber notado? O todo lo contrario - de ser tan inquieto o inquieto que ha sido mueve mucho más de lo habitual	0	1	2	3

9. **Thoughts that you would be better off dead or hurting your self in some way** Pensamientos que usted estaría mejor muerto o de querer hacerse daño de alguna manera	0	1	2	3

For office coding	_____+_____+_____+
Total Score	=_____

If you checked off <u>any</u> problems, how difficult have these problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?

Si marcó ningún problema, lo difícil estos problemas han hecho para que usted pueda hacer su trabajo, cuidar de las cosas en casa, o se llevan bien con otras personas?

Not difficult at all No es difícil en absolute	**Somewhat difficult** algo difícil	**Very difficult** Muy difícil	**Extremely difficult** Extremadamente difícil

_____ Checked by licensed provider

_____ Referral made to mental health if score is >12

Signature of licensed provider _____ Date _____

Nombre: **Fecha De Nacimienco:** **Fecha:**

AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Interview Version

Read questions as written and record answers carefully. Begin the AUDIT by saying "Now I am going to ask you some questions about your use of alcoholic beverages during this past year." Explain what is meant by "alcoholic beverages" by using local examples of beer, wine, vodka, etc. Code answers in terms of"standard drinks". Place the correct answer number in the box at the right.

Lea las preguntas y conteste cuidadosamente . Comience el AUDIT diciendo " Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el año pasado " Explique qué se entiende por " bebidas alcohólicas "de. utilizando ejemplos locales de cerveza, vino , vodka, etc. Código respuestas en términos de "bebidas estándar". Coloque el número de respuestas correctas en el cuadro de la derecha.

1. How often do you have a drink containing alcohol? (1) **Never (skip to Questions 9 and 10)** (2) Monthly or less (3) 2 to 4 times a month (4) 2 to 3 times a week (5) 4 or more times a week	1. ¿Con qué frecuencia usted tiene una bebida alcohólica? (0) **Nunca (pase a las preguntas 9 y 10)** (1) Mensual o menos (2) 2 a 4 veces al mes (3) 2 a 3 veces a la semana (4) 4 o más veces a la semana
2. How many drinks containing alcohol do you have on a typical day when you are drinking? (1) 1 or 2 (2) 3 or 4 (3) 5 or 6 (3) 7, 8, or 9 (4) 10 or more	2.¿Cuántas bebidas que contengan alcohol tienes en un día típico cuando usted está bebiendo ? (0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7,8, o 9 (4) 10 o más
3. How often do you have six or more drinks on one occasion? (1) Never (2) Less than monthly (3) Monthly (4) Weekly (5) Daily or almost daily Skip to Questions 9 and 10 if Total Score for Questions 2 and 3 = 0	3.¿Con qué frecuencia tiene seis o más tragos en una ocasión? (0) nunca (1) menos una vez al mes (2) Mensual (3) cada semana (4) diario o casi a diario Saltar a las preguntas 9 y 10 si puntuación total para las preguntas 2 y 3 = 0
4. How often during the last year have you found that you were not able to stop drinking once you had started? (1) Never (2) Less than monthly (3) Monthly (4) Weekly (5) Daily or almost daily	4.¿Con qué frecuencia durante el año pasado Ves que no fue capace de dejar de beber una vez que comenzo? (0) nunca (1) menos una vez al mes (2) Mensual (3) cada semana (4) diario o casi a diario
5. How often during the last year have you failed to do what was normally expected from you because of drinking? (1) Never (2) Less than monthly (3) Monthly (4) Weekly (5) Daily or almost daily	5.¿Con qué frecuencia durante el último año usted no poder hacer lo que normalmente se espera de usted a causa de beber ? (0) nunca (1) menos una vez al mes (2) Mensual (3) cada semana (4) diario o casi a diario
Record Total Score Here:_____	

6. How often during the last year have you needed a first drink in the morning to get yourself going after a heavy drinking session? (1) Never (2) Less than monthly (3) Monthly (4) Weekly (5) Daily or almost daily	6.¿Con qué frecuencia durante el último año ha necesitado primera copa en la mañana para recuperarse después una sesión de consumo excesivo de alcohol ? (0) nunca (1) menos una vez al mes (2) Mensual (3) cada semana (4) diario o casi a diario
7. How often during the last year have you had a feeling of guilt or remorse after drinking? (1) Never (2) Less than monthly (3) Monthly (4) Weekly (5) Daily or almost daily	7.¿Con qué frecuencia durante el último año ha tenido un sensación de culpa o remordimiento después de beber ? a. (0) nunca b. (1) menos una vez al mes c. (2) Mensual d. (3) cada semana e. (4) diario o casi a diario
8. How often during the last year have you been unable to remember what happened the night before because you had been drinking? (1) Never (2) Less than monthly (3) Monthly (4) Weekly	8.¿Con qué frecuencia durante el último año has estado incapaz de recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo ? (0) nunca (1) menos una vez al mes (2) Mensual (3) cada semana (4) diario o casi a diario
9. Have you or someone else been injured as a result of your drinking? (0) No (2) Yes but not in the last year (4) Yes during the last year	9.¿Usted o alguien sido demás heridos como resultado de su forma de beber ? (0) No (2) sí, pero no en el último año (4) si durante el año pasado
10. Has a relative or friend or a doctor or another health worker been concerned about your drinking or suggested you cut down? (0) No (2) Yes but not in the last year (4) Yes during the last year	10.¿Tiene un familiar o amigo o un médico u otro de salud trabajador que se ha preocupado por su consumo de alcohol o propuestos cortar abajo? (0) No (2) sí, pero no en el último año (4) si durante el año pasado
Record total ítems Here:_____	
Provider Signature (Firma de proveedor):_____	

Scoring for AUDIT

Risk level	Intervention	AUDIT score*
Zone I	Alcohol education	0–7
Zone II	Simple advice	8–15
Zone III	Simple advice plus brief counseling and continued monitoring	16–19
Zone IV	Referral to specialist for diagnostic evaluation and treatment	20–40

*The AUDIT cut-off score may vary slightly depending on the country's drinking patterns, the alcohol content of standard drinks, and the nature of the screening program. Clinical judgment should be exercised in cases where the patient's score is not consistent with other evidence, or if the patient has a prior history of alcohol dependence. It may also be instructive to review the patient's responses to individual questions dealing with dependence symptoms
(Questions 4, 5 and 6) and alcohol-related problems (Questions 9 and 10). Provide the next highest level of intervention to patients who score 2 or more on Questions 4, 5 and 6, or 4 on Questions 9 or 10.

From: Babor T, Higgins-Biddle J, Saunders J, Monteiro M. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in primary care. 2nd ed. Geneva, Switzerland: World Health Organisation, 2001.

ADULT PERTUSSIS SCREENING FORM

Forma de deteccion de pertussis adulto

It is important to evaluate our risk of contracting pertussis, commonly known as whooping cough; adults can contract this disease and potentially pass the infection on to very young susceptible infants. This form asks a few simple questions that will help to determine if you are at increased risk. Help prevent the spread of pertussis by protecting yourself.

Es importante evaluar nuestro riesgo de contraer la tos ferina, conocida comúnmente como la tos ferina; los adultos pueden contraer esta enfermedad y potencialmente transmitir la infección a los bebés susceptibles de muy corta edad. Esta forma hace algunas preguntas sencillas que le ayudarán a determinar si usted está en mayor riesgo. Ayuda a prevenir la propagación de la tos ferina por protegerse.

Are you at increased risk to contracting and transmitting pertussis? Get protected today! **Usted esta en mayor riesgo de contaer y transmitir a los ferina? Consige protegida hoy!**

Circle the answer that best fits you (**circule la respuesta mejor)**

1.	Are you 11-64 years of age? (tiene edad de 11-64?)	Yes	No
2.	Has it been more than 2 years since your last tetanus vaccine? (ha sido mas de 2 anos desde su ultima vacuna de tetanus?	Yes	No
3.	Do you anticipate having close contact with infants 12 months of age or younger (eg, mother, father,sibling, or grandparent)? ¿usted anticipa tener contacto cercano con bebés de 12 meses de edad o menos (por ejemplo, madre, padre, hermanos o abuelos)?	Yes	No
4.	Are you an employee in a school or child-care setting (eg babysitter, teacher, teacher's aide or child-care provider)? ¿Es usted un empleado en una escuela o de cuidado de niños (por ejemplo, niñera, profesor, ayudante o de cuidado de niños de proveedores del maestro)?	Yes	No
5.	Are you a health care worker (eg, doctor, nurse, dentist, therapist, aide, technician, medical student, or hospital employee? Having direct patient contact? ¿Es usted un trabajador de la salud (por ejemplo, médico, enfermera, dentista, terapeuta, ayudante, técnico, estudiante de medicina, o empleado del hospital? Tener contacto directo con pacientes?	Yes	No

If you answered "yes" to any of these questions, ask your health care professional if a Tdap Vaccine is right for you.

Si usted contestó "sí" a cualquiera de estas preguntas, consulte a su profesional de la salud si una vacuna Tdap es adecuado para usted.

Patient Name/nombre de paciente _____

DOB/ fecha de nacimiento _____

Patient Signature/ firma de paciente _____

TEXAS Health and Human Services | Texas Department of State Health Services

REGISTRO DE VACUNAS (ImmTrac2)
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA ADULTOS

(Favor de escribir claramente con letra de molde)

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento

Género: ☐ Masculino ☐ Femenino

Dirección

Apartamento #

Teléfono

Ciudad

Estado **Código Postal** **Condado**

Nombre de la Madre

Apellido de Soltera de la Madre

ImmTrac2, el registro de vacunas de Texas, es un servicio gratuito del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS). El registro de vacunas es un servicio seguro y confidencial que consolida el récord de las vacunas para propósitos de salud pública (ej. darles a todos los médicos que tratan a un paciente un lugar central para ver el récord de las vacunas de dicho paciente). Con su consentimiento, su información de las vacunas se incluirá en ImmTrac2. *Para un familiar menor de 18 años de edad, uno de los padres, el tutor legal o el custodio administrador puede dar el consentimiento de participación con llenar el Formulario de Consentimiento de ImmTrac2 para menores de edad (# C-7). El Formulario de Consentimiento de ImmTrac2 (# C-7) se puede bajar del sito www.ImmTrac.com.*

El Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas le invita a participar voluntariamente en el registro de vacunas de Texas.

Consentimiento para registrar y dar a conocer el recórd de las vacunas a las personas / entidades autorizadas

Entiendo que, al dar mi consentimiento a continuación, autorizo dar a conocer la información de mis vacunas al DSHS, y además entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro central de las vacunas del estado, ImmTrac2. Una vez que mi información de las vacunas esté en ImmTrac2, pueden por ley accederla:

- el médico u otro proveedor de salud de Texas legalmente autorizado para administrar vacunas para el tratamiento del individuo como paciente;
- la escuela de Texas en la que el individuo está inscrito;
- el distrito de salud pública o el departamento de salud local de Texas, para propósitos de salud pública dentro de sus áreas de jurisdicción;
- la agencia estatal que tenga la custodia legal del individuo;
- el pagador actualmente autorizado por el Departamento de Seguros de Texas para operar en Texas, con respecto al récord de las vacunas relacionadas con el individuo cubierto según la póliza del pagador.

Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Con mi firma a continuación, <u>DOY</u> mi consentimiento para el registro. Deseo <u>INCLUIR</u> mi información de las vacunas en el registro de vacunas de Texas, ImmTrac2.

Individuo (o el representante legalmente autorizado del individuo):

Nombre en letra de molde

Fecha

Firma

Notificación de privacidad: con ciertas excepciones, tiene derecho a pedir y a ser informado sobre la información que el estado de Texas reúne sobre usted. Tiene derecho a recibir y examinar la información al pedirla. También tiene derecho a pedir a la agencia estatal que corrija cualquier información que se determine es incorrecta. Consulte http://www.dshs.texas.gov para obtener más información sobre la notificación de privacidad. (Referencia: Código gubernamental, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

Al rellenarlo, mándelo por fax o correo postal al Grupo ImmTrac2 del DSHS o a un proveedor de salud inscrito.

¿Tiene preguntas? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • www.ImmTrac.com

Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

<u>PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac2</u>: Please enter client information in ImmTrac2 and **affirm** that consent has been granted. **DO NOT fax to ImmTrac2. Retain this form in your client's record.**

Stock No. F11-13366A Revised 03/2017