

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: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Edad:	Fecha de nacimiento:	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> casado(a) <input type="checkbox"/> divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> 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:			
<p>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.</p>			
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](mailto: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 seguridad 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 seguridad 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

ESTE FORMULARIO DEBE COMPLETARSE ANTES DE VER AL PROVEEDOR

FORMULARIO DE HISTORICAL DE SALUD INFANTIL

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



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

Effective 04/14/2003  
Revised 07/19/2016

Provided By HCSI

**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

CARRIER  
PATIENT AND INSURED INFORMATION  
PHYSICIAN OR SUPPLIER INFORMATION

1. MEDICARE <input type="checkbox"/> MEDICAID <input type="checkbox"/> TRICARE <input type="checkbox"/> CHAMPVA <input type="checkbox"/> GROUP HEALTH PLAN <input type="checkbox"/> FECA BLK LUNG <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/> <small>(Medicare#) (Medicaid#) (ID#/DoD#) (Member ID#) (ID#) (ID#)</small>	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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
5. PATIENT'S ADDRESS (No., Street) CITY STATE ZIP CODE TELEPHONE (Include Area Code)		4. INSURED'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial) 7. INSURED'S ADDRESS (No., Street) CITY STATE ZIP CODE TELEPHONE (Include Area Code)
9. OTHER INSURED'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial)		10. IS PATIENT'S CONDITION RELATED TO: a. EMPLOYMENT? (Current or Previous) <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO b. AUTO ACCIDENT? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO PLACE (State) _____ c. OTHER ACCIDENT? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO 10d. CLAIM CODES (Designated by NUCC)
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 <input checked="" type="checkbox"/> DATE _____		11. INSURED'S POLICY GROUP OR FECA NUMBER a. INSURED'S DATE OF BIRTH MM DD YY SEX M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> b. OTHER CLAIM ID (Designated by NUCC) c. INSURANCE PLAN NAME OR PROGRAM NAME d. IS THERE ANOTHER HEALTH BENEFIT PLAN? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes, complete items 9, 9a, and 9d. 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 <input checked="" type="checkbox"/>
14. DATE OF CURRENT ILLNESS, INJURY, or PREGNANCY (LMP) MM DD YY QUAL. _____		16. DATES PATIENT UNABLE TO WORK IN CURRENT OCCUPATION FROM MM DD YY TO MM DD YY
17. NAME OF REFERRING PROVIDER OR OTHER SOURCE		18. HOSPITALIZATION DATES RELATED TO CURRENT SERVICES FROM MM DD YY TO MM DD YY
19. ADDITIONAL CLAIM INFORMATION (Designated by NUCC)		20. OUTSIDE LAB? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> 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 _____
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. #
25. FEDERAL TAX I.D. NUMBER SSN EIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		26. PATIENT'S ACCOUNT NO. 27. ACCEPT ASSIGNMENT? (For govt. claims, see back) <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
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 _____		28. TOTAL CHARGE \$ _____ 29. AMOUNT PAID \$ _____ 30. Rsvd for NUCC Use
32. SERVICE FACILITY LOCATION INFORMATION a. _____ b. _____		33. BILLING PROVIDER INFO & PH # ( ) a. _____ b. _____

# HILLSIDE FAMILY HEALTH CLINIC, PA

ESTE FORMULARIO DEBE COMPLETARSE ANTES DE VER AL PROVEEDOR

FORMULARIO DE HISTORICAL DE SALUD INFANTIL

Patient Name _____	Patient Date of Birth: _____				
<b>Has the child or child's family had any history of, or conditions related to, any of the following :</b>					
Anemia _____	<input type="checkbox"/> Cancer _____	<input type="checkbox"/> Epilepsy _____	<input type="checkbox"/> HIV +/- AIDS _____	<input type="checkbox"/> Mononucleosis _____	<input type="checkbox"/> Thyroid _____
Arthritis _____	<input type="checkbox"/> Cerebral Palsy _____	<input type="checkbox"/> Fainting _____	<input type="checkbox"/> Immunizations _____	<input type="checkbox"/> Mumps _____	<input type="checkbox"/> Tobacco/Drug Use _____
Asthma _____	<input type="checkbox"/> Chicken Pox _____	<input type="checkbox"/> Growth Problems _____	<input type="checkbox"/> Kidney _____	<input type="checkbox"/> Pregnancy(teen) _____	<input type="checkbox"/> Tuberculosis _____
Bladder _____	<input type="checkbox"/> Chronic Sinusitis _____	<input type="checkbox"/> Hearing _____	<input type="checkbox"/> Latex allergy _____	<input type="checkbox"/> Rheumatic fever _____	<input type="checkbox"/> Venereal Disease _____
Bleeding disorders _____	<input type="checkbox"/> Diabetes _____	<input type="checkbox"/> Heart _____	<input type="checkbox"/> Liver _____	<input type="checkbox"/> Seizures _____	<input type="checkbox"/> Other _____
Bones/Joints _____	<input type="checkbox"/> Ear Aches _____	<input type="checkbox"/> Hepatitis _____	<input type="checkbox"/> Measles _____	<input type="checkbox"/> Sickle cell _____	
***Please indicate: M-Mother, F-Father, S-Sibling, MGM/MGF-Maternal Grandmother/Grandfather, PGM/PGF-Paternal Grandmother/Grandfather, MA/MU-Maternal Aunt/Uncle, PA/PU-Paternal Aunt/Uncle***					

**Delivery Information**

13	Place of Birth?		Yes	No
14	Hours of Labor?	22	Breach?	<input type="checkbox"/>
15	Term?	23	Difficulty breathing?	<input type="checkbox"/>
16	Premature?	24	Any Infection?	<input type="checkbox"/>
17	Multiple births?	25	Heart Murmur	<input type="checkbox"/>
18	Type of Delivery?	26	Jaundice?	<input type="checkbox"/>
19	Age at Discharge	27	Seizures?	<input type="checkbox"/>
20	Birth Weight			
21	Birth Length			

**Child History**

		Yes	No
1	Is the child taking any prescription and/or over the counter medications or vitamin supplements at this time	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	If yes, please list _____		
2	Is the child allergic to any medications, i.e. penicillin, antibiotics, or other drugs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	If yes, please list _____		
3	Is the child allergic to anything else, such as certain foods?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	If yes, please list _____		
4	Has your child ever had a serious illness?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	If yes, please explain _____		
5	Has the child ever been hospitalized?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	If yes, please explain _____		
6	is the child physically, mentally or emotionally impaired	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Does the child excessive bleeding when cut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Does the child take fluoride supplements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Is fluoride toothpaste used?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Mothers History During pregnancy**

		Yes	No
8	Did the mother ever use OTC or prescription medications?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	If yes, please list how much _____		
9	Did the mother ever use tobacco or alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	If yes, please list how much _____		
10	Did the mother ever use street drugs of any form?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	If yes, please list how much _____		
11	Caffeine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	If yes, please list how much _____		
12	Others:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parent/ Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



**TEXAS**  
Health and Human  
Services

Texas Department of  
Health Services

**REGISTRO DE INMUNIZACIÓN (ImmTrac2)  
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO  
PARA MENORES**



(Favor de escribir claramente con letra de molde)

\_\_\_\_\_

Apellido del Niño(a)

\_\_\_\_\_

Nombre del Niño(a)

\_\_\_\_\_

Segundo Nombre del Niño(a)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\*Solamente niños menores de 18 años.

Género:  Masculino  Femenino

Fecha de Nacimiento del Niño(a)

\_\_\_\_\_

Dirección del Niño(a), Calle

\_\_\_\_\_

Ciudad

\_\_\_\_\_

Nombre de la Madre

\_\_\_\_\_

Apartamento #

\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Teléfono

\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Estado Código Postal Condado

\_\_\_\_\_

Apellido de Soltera de la Madre

ImmTrac2, el registro de inmunización de Texas, es un servicio gratis que proporciona el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS). El registro de inmunización es un servicio seguro y confidencial que consolida y guarda el récord de inmunizaciones de su niño(a) (menor de 18 años de edad). Con su consentimiento, la información de la inmunización de su niño(a) será incluida en ImmTrac. Los doctores, departamentos de salud pública, escuelas y otros profesionales autorizados pueden tener acceso al historial de inmunización de su niño(a) para asegurar que las vacunas importantes no le falten.

El Departamento Estatal de Servicios de Salud le anima a participar voluntariamente en el registro de inmunización de Texas

**Consentimiento Para Registrar al Menor y Dar a Conocer los Documentos de Inmunización a las Entidades Autorizadas**

Entiendo que, con mi consentimiento a continuación, autorizo que se dé a conocer la información de inmunización del menor al DSHS, y además entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro central de inmunización del estado ("ImmTrac2"). Una vez que la información del menor esté en ImmTrac2, por ley la puede acceder:

- el distrito de salud pública o el departamento de salud local, para propósitos de salud pública dentro de sus áreas de jurisdicción;
- el médico, o algún otro médico o proveedor de atención de salud legalmente autorizado para administrar vacunas, en el tratamiento del menor como paciente;
- la agencia estatal que tenga la custodia legal del menor;
- la escuela o la guardería de Texas en que el menor esté inscrito;
- el pagador, actualmente autorizado por el Departamento del Seguro de Texas para operar en Texas, con respecto a la cobertura del menor.

Entiendo que puedo retirar este consentimiento para incluir información sobre el menor en el Registro de ImmTrac2 y mi consentimiento para dar a conocer la información del registro en cualquier momento mediante comunicación escrita a Texas Department of State Health Services, ImmTrac2 Group – MC 1946, P. O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

Al firmar abajo, **YO AUTORIZO** el consentimiento para registrarlo. Deseo **INCLUIR** la información de mi niño(a) en el registro de inmunización de Texas.

Alguno de los padres, tutor legal o administrador de bienes: \_\_\_\_\_

Escriba con letra de molde

Fecha

Firma

**Notificación Sobre Privacidad:** Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a <http://www.dshs.texas.gov> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, 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](http://www.ImmTrac.com)

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

**PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac2:** 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.