



Registración Del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Nino o Nina Fecha de Nacimiento _____

Nombre del Paciente: _____ Nino o Nina Fecha de Nacimiento _____

Nombre del Paciente: _____ Nino o Nina Fecha de Nacimiento _____

Dirección Permanente: _____

Nombre De la Madre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Apt: _____

Tel Casa: _____ # Celular: _____

Fecha de Nacimiento: _____ # de Lic. De conducir: _____

EMAIL ADDRESS: _____

Nombre Del Padre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Apt: _____

Tel Casa: _____ # Celular: _____

Fecha de Nacimiento: _____ # de Lic. De conducir: _____

Persona Responsable (quien pagara la factura si el seguro no lo ase): _____

Transferencia de Consentimiento/ Contacto de Emergencia

Yo autorizo a las siguientes personas para que traigan a mi hijo(a) para su atención medica, en caso de que yo esté ausente.

Nombre: _____ Parentesco/ relacion con el paciente: _____

Nombre: _____ Parentesco/ relacion con el paciente: _____

Nombre: _____ Parentesco/ relacion con el paciente: _____

Asignación de Beneficios: Yo le asigno todos los beneficios y/o beneficios quirúrgicos a el doctor atendiendo a mi hijo. Este contrato estará en efecto hasta que yo lo cancele por escrito. Unas copia de este contrato estará considerado como el original. Yo entiendo que yo soy responsable por cargos financieros pagados o no por dicha a seguridad. Yo autorizo la publicación de cualquier información que sea requerida para asegurar el pago.

Firma: _____ Fecha: _____

AVISO DE PRIVACIDAD PARA TOTS 2 TEENS

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACION SOBRE USTED PUEDE USARSE Y PUEDE DESCUBRIRSE Y COMO USTED PUEDE HACER EL ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR REPASELO CUIDADOSAMENTE.

Introducción

En la oficina de TOTS 2 TEENS, nosotros nos comprometemos a tratar y usar la información de salud protegido responsablemente sobre usted. Este Aviso de Prácticas de Información de Salud describe la información personal que nosotros coleccionamos, y como y cuando nosotros usamos o describimos esa información. También describe sus derechos cuando ellos relacionan a su información de salud protegido. Este aviso llevara a cabo el 16 de febrero del 2009, y aplica a toda la información de salud protegido como definido por las regulaciones federales.

Entendiendo Su Record de Salud/ Información

Cada vez que usted visite la oficina de TOTS 2 TEENS, un registro de su visita es hecho. Típicamente, este registro contiene sus síntomas, examen y resultados de la prueba, diagnósticos, tratamientos, y un plan para cuidado futuro o tratamiento. Esta información, a menudo llamado a su salud o el registro médico, sirve como un:

- La base por planear su cuidado y tratamiento,
- Los medios de comunicación entre los muchos profesionales de salud que contribuyen a su cuidado,
- Documento legal que describe el cuidado que usted recibió.
- Medios porque usted o un pagador tercerista pueden verificar que se proporcionaron servicios cargados en su cuenta realmente,
- Una herramienta educando a los profesionales del brezo,
- Una fuente de datos para la investigación medica,
- Una fuente de información para oficiales de salud públicos cobrados con mejorar la salud de este estado y nación,
- Una fuente de datos para nuestra planificación y comercializando,
- Una herramienta con que nosotros podemos evaluar y continuamente podemos trabajar para mejorar el cuidado de nosotros damos y los resultados que nosotros logramos,

Entendiendo lo que está en el registro y como la información de salud se usa le ayuda a usted a : asegurar la exactitud, bien entendida quien, cual, cuando, donde, y por qué otros pueden acceder su información de salud, y toma las decisiones más informadas al autorizar el descubrimiento a otros.

Sus derechos de Información de Salud

Aunque el registro de salud es la propiedad física de la oficina de TOTS 2 TEENS, la información pertenece al paciente. Usted tiene el derecho a:

- Obtener una copia de papel de este aviso de prácticas de información en la demanda,
- Inspeccione y copie su registro de salud como con tal de que para en 45 CFR 164.524,
- Enmiende su registro de salud como con tal de que en 45 CFR 164.528,
- Obtenga una contabilidad de descubrimientos de su información de salud como con tal de que en 45 CFR 164.528,
- Pida comunicaciones de su información de salud por los medios de la alternativa o a las situaciones alternativas,
- Pida una restricción en ciertos usos y descubrimientos de su información como con tal de que por 45 CFR 164.522, y
- Revoque su autorización para usar o descubrir la información de salud excepto a la magnitud que la acción ya se ha tomado.

Nuestras Responsabilidades

La oficina de TOTS 2 TEENS, se requiere a:

- Mantenga el retiro de su información de salud,
- Proporcione este aviso acerca de nuestros deberes legales y el retiro practica con respecto a la información nosotros coleccionamos y mantenemos sobre usted ,
- Cumpla las condiciones de este aviso,
- Notifíquelo si nosotros somos incapaces aceptar una restricción pedida, y
- Acomode las demandas razonables usted puede tener que comunicar la información de salud por los medios de la alternativa o a las situaciones alternativas.

Nosotros reservamos el derecho a cambiar nuestras prácticas y hacer los nuevos comestibles es para toda la información de salud protegido que nosotros mantenemos.

Nosotros no usaremos o descubriremos su información de salud sin su autorización, excepto como descrito en este aviso. Nosotros también discontinuaremos usar o descubrir su información de salud después de que nosotros hemos recibido una revocación escrita de la autorización según los procedimientos incluidos en la autorización.

Para más Información o para Informar un Problema

Si tiene las preguntas y gustaría información adicional usted puede contactar la oficina al 972-256-2028.

Si usted cree que sus derechos del retiro se han violado, usted puede archivar una queja con el Funcionario de Retiro de la práctica, o con lo Oficina para los Derechos Civiles, Departamento americano de Salud y Servicios del Humano. No habrá ninguna venganza por archivar una queja con el Funcionario del Retiro o la Oficina para los derechos Civiles. La dirección para el OCR se lista debajo:

La Oficina para los Derechos Civiles
 El Departamento Americano de Salud y Servicios del Humano
 200 Avenida de Independencia, S.W.
 Alojjes 509F, el Edificio HHH
 Washington, D.C. 20201

ACTA DE CONFIDENCIALIDAD

Se me ha notificado y estoy enterada(o) del acta de confidencialidad de esta oficina. La cual explica como mi información médica será usada. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Si el paciente es menor de edad, o si no puede dar su consentimiento, de firmar uno de los dos padres, tutor , o representante autorizado.

Firma del Representante _____ Fecha _____

Parentesco o relación don el paciente: _____



NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

TVFC ELIGIBILITY

El niño/niña nombrado arriba tiene derecho a recibir vacunas por medio del programa “Vacunas para Niños de Texas” porque él o ella (circule la categoría correspondiente, marque solamente una):

- A. recibe beneficios de MEDICAID,
Numero de Medicaid: _____ Fecha de elegibilidad: _____
- B. no tiene seguro de salud o
- C. pertenece a una tribu indígena de los Estados Unidos o
- D. pertenece a un grupo indígena de Alaska o
- E. recibe beneficios del Children’s Health Insurance Plan (CHIP)
Numero de CHIP: _____ Fecha de Elegibilidad: _____
- F. insuficiente cobertura: 1) tiene seguro de salud comercial (privado), no cubre vacunas; o 2) el seguro de salud solo cubre ciertas vacunas (TVFC-elegible para vacunas que no están cubiertas bajo el seguro de salud); o 3) el seguro de salud tiene una cantidad determinada de cobertura para vacunas. Una vez que el monto se alcance, el niño (a) es clasificado con cobertura insuficiente.
- G. tiene seguro de salud que cubre vacunas (no está elegible para TVFC)

** Falsificar información en este documento a sabiendas constituye un fraude. Al firmar este formulario, doy fe de que la información es verdadera y correcta. Declaro que la persona mencionada arriba es una persona autorizada y es elegible para recibir vacunas TVFC.*

Firma: _____

Fecha: _____

IMMTRAC

Entiendo que, al otorgar el consentimiento, estoy autorizando la divulgación de información de vacunación del niño(a) a Immtrac. Entiendo que puedo retirar este consentimiento para incluir información sobre mi hijo en el Registro de ImmTrac y mi consentimiento para divulgar la información del Registro en cualquier momento mediante comunicación por escrito al Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas

**ImmTrac Group - MC 1946
PO Box 149347
Austin , Texas 78714-9347**

Una vez que la información de la inmunización del menor este en el registro, 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.

Al firmar este formulario, YO AUTORIZO el consentimiento para registrarlo. Deseo INCLUIR la información de mi hijo en los registros seleccionados arriba.

Firma: _____

Fecha: _____