

TWIN PEDIATRICS, P.C.

Nombre de Paciente		Fecha de nacimiento	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Numero de Seguro Social	
Domicilio			Ciudad	Estado	Codigo Postal	
Telefono particular		Estado civil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Soltero Casado Divorciado Viudo Separado			Ocupacion	
Persona Responsable				Relacion		
Domicilio			Ciudad	Estado	Codigo Postal	
Numero de Seguro Social		Patron				
Domicilio				Telefono		
Aseguranza-Si su aseguranza tiene una segunda opinion es su responsabilidad de informarnos						
<input type="checkbox"/> Sin Seguro		<input type="checkbox"/> AHCCCS		<input type="checkbox"/> FHP		<input type="checkbox"/> APIPA
<input type="checkbox"/> Mercy Care		<input type="checkbox"/> PHP		<input type="checkbox"/> HLC		<input type="checkbox"/> Cigna
<input type="checkbox"/> Otro						
Nombre de la aseguranza principal						
Dueño de la poliza		Numero de Identificacion		Numero de Grupo		
Nombre de la aseguranza secundaria						
Dueño de la poliza		Numero de Identificacion		Numero de Grupo		
<input type="checkbox"/> AHCCCS				Numero de Peticion		
Contacto de emergencia				Telefono		
¿Como se entero de nuestro consultorio?						
En orden de someter el caso de pago por los servicios cubiertos en su poliza, nosotros necesitamos su autorizacion para informarle a su aseguranza.						
AHCCCS						
Yo autorizo que los pagos con los beneficios de AHCCCS sean pagados a Twin Pediatrics, P.C. Yo autorizo dar informacion medica a HCFA necesaria para determinar beneficios y autorizar AHCCCS, para dar cualquier informacion sobre la causa de AHCCCS al doctor indicado.						
Fecha		Firma- Paciente o Tutor				
ASEGURANZA COMERCIAL						
Yo autorizo el permiso para someter la causa con mi compania de aseguranza y ASIGNAR LOS que yo soy responsable por el financiamiento por cualquier balance que no este cubierto por mi aseguranza.						
Fecha		Firma-Paciente o Tutor				

TWIN PEDIATRICS, P.C.

HISTORIA DE SALUD

____/____/____
FECHA

NOMBRE			
SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMINIO	RAZA	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO
Por favor indique cada persona en la familia:			
Nombre	Fecha de nacimiento	Ocupacion	Educacion
Padre			
Madre			
Hermanos			
Hermanos			
Otro			
Otro			

¿Habido cambios o tensiones recientes mayores en la vida del niño? Si No
Si es "SI", explique _____

¿Va el niño a una niñera, preschool o guardería infantil regularmente? Si No

HISTORIA DE NACIMIENTO

Peso al Nacer _____ Statura _____ Hosptial _____

¿Durante el embarazo, la madre visitó a un doctor regularmente? Si No

¿Durante el embarazo, la madre: (Si es "SI", explique)

¿Tenía algun problema medico? Si No _____

¿Fumaba o bebía? Si No _____

¿Usaba algunas medicaciones? Si No _____

¿Usaba alcohol o otras drogas? Si No _____

¿Tuvo problemas con el parto? Si No _____

¿Cuanto tiempo estuvo el bebé en el hospital despues del nacimiento? _____

HISTORIA MÉDICA

¿Es la salud del niño generalmente: Buena? Adecuada? Mala? (Por favor marque uno)

¿El niño tiene alergias cualesquiera? Si No _____

¿El niño toma medicaciones cualesquiera? Si No _____

Por favor indique caulquier hospitalización, operación, enfermedades serias o accidentes y la fecha.

_____ Fecha _____

_____ Fecha _____

Nombre: _____

¿El niño/a nunca tuvo problemas con los siguientes? Si es "SI", por favor explique:

- | | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------|
| Ojos/Visión | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Digestión/Nutrición | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Oídos | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Orina/Riñones | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Coyunturas | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Piel | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Pulmones | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Dientes | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Corazón | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Convulsiones | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Infecciones Repetidas | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |

HISTORIA DE FAMILIA

¿Han muerto algunos de los hermanos del niño/a? Si No

Si es "SI", de la edad y la causa _____

¿Los parientes consanguíneos del niño/a han sufrido de las siguientes enfermedades? (Si es "SI", indique el miembro de familia)

- | | | | Miembro de Familia |
|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------|
| Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Alta Presion | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Enfermedad de Riñones | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Alergias/Asma | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Cancer | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Diabetis | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Problemas Mentales/Emocionales | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Célula Falciforme | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Convulsiones | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |

DESARROLLO

¿Tiene usted alguna ansiedad acerca de los siguientes? (Si es "SI", por favor explique)

- | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------|
| Desarrollo | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Comportamiento | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Costumbres de Comer | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Costumbres de Dormir | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Experiencia de Escuela | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Costumbres de baño/Excusado | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Disciplina | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Otro (explique) | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ |

VACUNAS

¿Su niño/a esta atrasado en sus vacunas?

Reviewed by: _____

Date: ____ / ____ / ____

TWIN PEDIATRICS, P.C.

RECONOCIMIENTO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Yo (nosotros), padre, tutor legal de _____,
fecha de nacimiento _____, reconozco que recibí el **Anuncio de
Prácticas sobre la información privada** de Twin Pediatrics, P.C.

Su firma es requerida por las reglas establecidas por el gobierno federal como parte de los Seguros de Salud de Portabilidad y continuidad. Se requiere un reconocimiento por separado por cada niño/a que reciban servicios en nuestra oficina.

Firma

Relación al paciente

Fecha

Twin Pediatrics P.C.

Registro de elegibilidad del paciente
Programa de Vacuna para niños – VFC

Este registro debe mantenerse en la oficina del proveedor de atención médica para reflejar el estado actual de todos los niños de 18 años de edad o menores declarados elegibles para recibir vacunas a través del programa VFC. El registro puede ser completado por el padre, tutor legal, individuo de registro o por el proveedor de atención médica. Este mismo registro se puede usar para todas las visitas posteriores siempre que el estado de elegibilidad del niño VFC no haya cambiado. La verificación de las respuestas por parte del proveedor no es necesaria, pero es necesario registrarla en el archivo durante un mínimo de tres años.

Date: _____

Nombre de Paciente: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Provider :

Twin Pediatrics P.C.
20033 N. 19th Ave., Bldg 4, Ste 100
Phoenix, AZ 85023
Louis Trunzo, MD, FAAP Alisa Kurth MSN, APRN, FNP-C

Este niño/a califica para vacunas a través del Programa VFC (Vacunas para niños/as) porque el/ella (por favor marcar solo una caja):

- A. Tiene KIDS CARE
- B. Tiene AHCCCS
- C. No tiene seguro de salud
- D. Es Indio Americano o Nativo de Alaska
- E. Tiene seguro de salud que no paga por las vacunas

Por favor marcar si la niño/a tiene seguro de salud que paga por las vacunas. Este niño/a **NO CALIFICA** para VFC .

Favor de ser advertidos, si su compañía de seguro no cubre vacunas y usted no nos dice al tiempo de su visita, es su responsabilidad de pagar el costo. No podemos hacer que el programa de VFC se retracte, y solo es elegible para el programa de VFC al tiempo de su visita. Si no esta seguro si las vacunas o chequeos rutinarios son cubiertos, por favor comunicarse con su compañía de seguro. Gracias

Firma de Padre/Tutor legal: _____ Fecha: _____

Twin Pediatrics, P.C.

Poliza Financiera del Paciente

Para reducir la confusion y mal entendidos entre los padres y nuestra oficina, hemos adaptado la poliza siguiente. En caso de que tenga preguntas sobre la poliza, favor de discutirlo con la administradora de la oficina. Estamos dedicados a proveer el mayor cuidado y servicio a usted y que usted tenga entendimiento completo de su responsabilidad financiera como un elemento esencial en el cuidado y tratamiento de su hijo/a. Recordatorio: **Su poliza de seguro es contrato entre usted y su compañía, el medico no esta involucrado. Usted es reponsable de saber los beneficios que le brinda la aseguanza a su hijo/a.**

Al menos que otros arreglos hayan sido hechos por adelantado ya sea por usted o por su aseguanza, **su cuenta debe ser pagada por complete al momento de su cita.** Para su conveniencia aceptamos tarjetas de credito y debito, VISA, Mastercard, un cheque personal o dinero en efectivo. **Un cargo de \$30 dolares sera agregado a su cuenta por cualquier cheque que sea regresado por falta de fondos.**

Estamos contratados con varios planes de aseguanzas. Como una cortesia a usted, podemos mandar el cobro a su plan de salud y usted solamente tendra que pagar lo que le pertenece pagar al tiempo de su cita. **Para cualquier copago o balance que no este pagado al tiempo de su cita, se les cobrara \$10 a su cuenta.** Todos los demas saldos determinados por su seguro que se apliquen al deducible, costo compartido o copago deben ser pagados por la parte reponsable al recibir un estado de cuenta de nuestra oficina.

Hacemos cada esfuerzo que podamos para satisfacer nuestros padres cuando estan haciendo la cita para su hijo/a, favor de ser considerados en manter su cita. **Para las citas que no han sido canceladas con anitcipo de 24 horas, se les cobraran \$25 doloras.** En caso de que falte a tres citas sera reportado a la aseguanza de salud o puede resultar que su hijo/a sea dado de baja de nuestra oficina.

FORMAS PARA FMLA: Habra un cobro de **\$40 dolares por cada forma** que complete el Doctor.

FORMULARIO DE DISCAPACIDAD DE MVD: habra una tarifa de **\$15 por cada niño o formulario** que deba completar el médico.

FORMAS PARA DEPORTES/FISICOS: Habra un cobro de **\$30 dolares por cada forma** que complete el Doctor. Asegurese de completar las areas para padres/estudiantes antes de traer el formulario. Los formularios deportivos completados al momento de la visita no tendran cargo.

LIBERACION DE REGISTROS: Copia del registro médico para uso personal es de **\$25 dolares.** Puede recoger sus registros o podemos enviarlos por correo. Los registros necesarios para un Especialista, Compañía de Seguros (para el pago de la visita) o transferidos a otra oficina están disponibles sin cargo por el primer envio. Se cobrará una tarifa de **\$30 dolares** por las copias que sean necesarias para bufetes de abogados, tribunales, etc.

REGISTRO DE VACUNAS: Libro de Vacunas **\$5** (cada libro)

COLECCIONES: Si la cuenta de su hijo va a una agencia de cobranza externa por un saldo pendiente. Su hijo será dado de baja de la práctica hasta que el saldo pendiente se pague en su totalidad más una tarifa de **cobro de \$50 dolares.**

Twin Pediatrics, P.C.

Poliza Financiera del Paciente

Si tiene cobertura de seguro con un plan con el que no tenemos un acuerdo previo, prepararemos y enviaremos el reclamo por usted sin asignar. Esto significa que su aseguradora le enviará el pago directamente. Por lo tanto, nuestros cargos por el cuidado y el tratamiento de su hijo se deben al momento del servicio

Todos los planes de salud no son iguales y no cubren los mismos servicios. En el caso de que su plan de salud determine que un servicio "no está cubierto", usted será responsable del cargo completo. El pago se debe al recibir una factura de nuestra oficina. Un ejemplo de servicio no cubierto sería: Cobertura de visitas por enfermedad en chequeo general, cargo fuera del horario de atención, cobertura de visitas de rutina, vacunas, examen de la vista.

Por todos los servicios proveídos en el hospital, le mandaremos la cuenta a su plan de salud. Cualquier saldo restante es su responsabilidad y se debe al recibir una factura de nuestra oficina.

Para todos los servicios rendidos a pacientes menores, buscaremos al adulto que acompañó al paciente y al padre o tutor con custodia para el pago.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA DE PADRES DIVORCIADOS:

Excepto en circunstancias limitadas, como en caso de un menor emancipado, los padres son los responsables financieros del cuidado de sus hijo/a. Cuando proveemos un servicio, facturamos a la compañía de seguros apropiada. Sin embargo, los padres siguen siendo responsables por cualquier cuenta pendiente. Aunque los padres divorciados pueden tener un decreto de divorcio que establece sus responsabilidades financieras entre ellos, no somos parte en el decreto. Por lo tanto, no estamos obligados por los términos del decreto de divorcio. En consecuencia, requerimos que el padre que acompaña al niño/a para el tratamiento acepte la responsabilidad principal del pago de los servicios. Este padre "custodio" sigue siendo financieramente responsable por cualquier monto no cobrado.

Para proveer el mejor servicio y disponibilidad posible a todos nuestros pacientes, llámenos lo antes posible si sabe que necesitará reprogramar su cita.

Yo he leído y entiendo la poliza financiera de la oficina y estoy de acuerdo con las condiciones. También entiendo y estoy de acuerdo de que semejantes condiciones pueden ser enmendadas de vez en cuando por la oficina.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Firma de Padre/Tutor Legal

Fecha

Firma del otro Padre/Tutor Legal responsable

Fecha

TWIN PEDIATRICS, P.C.

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Por favor tenga en cuenta: que para padres con mas de un hijo/a se debe firmar un formulario de consentimiento de nuestro aviso de *Prácticas de Privacidad* para cada niño/a que sea paciente de nuestra practica.

Con mi consentimiento, **Twin Pediatrics, P.C.**, puede usar y divulgar información médica protegida (PHI) sobre mi hijo/a para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones de atención médica (TPO). Consulte al aviso de *Prácticas de Privacidad* de **Twin Pediatrics, P.C.**, para obtener una descripción más completa de dicho uso y divulgaciones.

Tengo derecho a revisar el aviso de *Prácticas de Privacidad* antes de firmar este consentimiento. **Twin Pediatrics, P.C.**, se reserva el derecho de revisar su aviso de *Prácticas de Privacidad* en cualquier momento. Se puede obtener un aviso revisado de *Prácticas de Privacidad* enviando una solicitud por escrito a **Twin Pediatrics, P.C.**, oficial de privacidad a 20040 N 19th Ave Ste. C. Phoenix, AZ 85027

Con mi consentimiento, **Twin Pediatrics, P.C.**, puede llamar a mi casa, lugar de trabajo o teléfono celular y dejar un mensaje en el correo de voz, mediante un sistema de marcado automático o en persona en referencia a cualquier artículo que ayude a la práctica en el cumplimiento de la TPO, como recordatorios de citas, artículos de seguros y cualquier llamada relacionada con la atención clínica de mi hijo/a, incluidos los resultados de laboratorio, entre otros.

Con mi consentimiento, **Twin Pediatrics, P.C.**, puede enviar por correo a mi hogar u otro lugar designado cualquier artículo que ayude a la práctica a llevar a cabo TPO, como tarjetas de recordatorio de citas y declaraciones de pacientes, siempre que estén marcadas como Personal y Confidencial.

Tengo derecho a solicitar que **Twin Pediatrics, P.C.**, restrinja cómo usa o divulga mi PHI para llevar a cabo TPO. Sin embargo, la práctica no está obligada a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si lo hace, está sujeto a este acuerdo.

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que **Twin Pediatrics, P.C.**, use y divulgue la PHI de mi hijo/a para llevar a cabo la TPO.

Puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la práctica ya haya hecho divulgaciones basándose en mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, **Twin Pediatrics, P.C.**, puede negarse a proporcionar tratamiento a mi hijo.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Firma de Padre/Tutor Legal

Fecha

Nombre de Padre/Tutor Legal

Twin Pediatrics Staff Initials

Nombre Del Paciente: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha: _____

Derechos y Responsabilidades del Paciente

Nuestra práctica está comprometida a brindar atención médica de calidad. Es nuestro compromiso brindar esta atención con respeto y dignidad. De acuerdo con este compromiso y promesa, presentamos los siguientes Derechos y Responsabilidades del Paciente:

Usted tiene derecho a:

- Un médico personal que lo atenderá de manera continua y regular.
- Atención médica competente, considerada y respetuosa, independientemente de la raza, credo, edad, sexo o orientación sexual.
- Una segunda opinión médica del médico de su elección, a su cargo.
- Una explicación completa y fácilmente comprensible de su condición, tratamiento y posibilidades de recuperación.
- La revisión personal de sus propios registros médicos con cita previa y de acuerdo con las pautas estatales y federales aplicables.
- Gestión confidencial de la comunicación y los registros relacionados con su atención médica.
- Tomar decisiones sobre la atención que el médico recomienda y que se respeten esas decisiones. Un paciente que tiene capacidad de decisión puede aceptar o rechazar cualquier intervención médica recomendada.
- La información necesaria para tomar una decisión informada sobre cualquier tratamiento o procedimiento, excepto cuando se limite en una situación de emergencia.
- Estar libre de abuso mental, físico y sexual.
- Trato humano de la manera menos restrictiva y adecuada a las necesidades del tratamiento.
- Un plan de tratamiento individualizado.
- Que se evalúe y controle su dolor.
- Negarse a participar como sujeto en una investigación médica.
- Una explicación de su factura médica, independientemente de su seguro, y la oportunidad de examinar personalmente su factura.
- La expectativa de que tomaremos medidas razonables para superar las barreras culturales u otras barreras de comunicación que puedan existir entre usted y el personal.
- La oportunidad de presentar una queja en caso de que surja un conflicto con respecto a la atención, el tratamiento o el servicio, o para seleccionar un médico diferente.
- Proporcionar una copia de su Directiva Anticipada o Testamento Vital, si actualmente tiene uno, o solicitar ayuda para crear uno a través de http://www.azsos.gov/adv_dir/ o <https://healthcurrent.org/azhldr/>

Usted es responsable de:

- Conocer el nombre y el cargo de su profesional de la salud.
- Proporcionar a su médico información correcta y completa sobre su historial médico, por ejemplo, alergias, enfermedades pasadas y presentes, medicamentos y hospitalizaciones.
- Proporcionar al personal el nombre, la dirección, el teléfono y la información de contacto de emergencia correctos y completos cada vez que vea a su médico para que podamos comunicarnos con usted en caso de un cambio de horario o para darle instrucciones médicas.
- Proporcionar al personal información actualizada y completa sobre el seguro, incluido cualquier seguro secundario, cada vez que vea a su médico.
- Firmar un formulario de "Divulgación de información" cuando se le solicite para que su médico pueda obtener registros médicos de otros médicos involucrados en su atención.
- Informar a su médico sobre todos los medicamentos recetados, alternativos, es decir, herbales o otras, terapias o medicamentos de venta libre que toma. Si es posible, lleve las recetas a su cita.
- Informar a su médico sobre cualquier cambio en su afección o reacciones a los medicamentos o al tratamiento.
- Hacerle preguntas a su médico cuando no comprenda su enfermedad, el plan de tratamiento o las instrucciones de medicación.
- Siga los consejos de su médico. Si usted se niega a recibir tratamiento o se niega a seguir las instrucciones dadas por su médico de salud, usted es responsable de cualquier consecuencia médica.
- Asistir a sus citas. Si debe cancelar su cita, llame al centro de salud con al menos 24 horas de anticipación.
- Pagar copagos en el momento de la visita o otras facturas al recibirlas.
- Seguir las reglas del consultorio sobre la conducta del paciente; Por ejemplo, en nuestra oficina no se puede fumar.
- Respetar los derechos y la propiedad de nuestro personal y otras personas en la oficina.

Al firmar este documento, reconozco que he leído y entendido mis derechos como paciente en Twin Pediatrics, PC.

Firma del paciente o tutor

Fecha de firma

Twin Pediatrics P.C.

AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO

Yo, _____ autorizo a _____
(Nombre de Padre/Tutor Legal) (Nombre)

_____, que traiga a _____
(Relacion al paciente) (Nombre de Paciente)

_____/_____/_____, para cualquier cita, tratamiento, medicamento, vacunas/inyecciones
(Fecha de Nacimiento)

que sean necesarias para el cuidado de mi hijo/a.

(Firma de Padre/Tutor Legal)

(Fecha)

(Signature of Twin Pediatrics Staff)

(Date)

ESTA AUTORIZACION SE PUEDE REVOCAR POR ESCRITO EN CUALQUIER MOMENTO. SE REQUERIRAN ACUTALIZACIONES PERIODICAS.

Date updated: _____ Initials : _____

Signature & Id Verified?: Yes___ No___ Twin Pediatrics Staff Initials : _____

Date updated: _____ Initials : _____

Signature & Id Verified?: Yes___ No___ Twin Pediatrics Staff Initials : _____



Twin Pediatrics P.C.

20040 N 19th Ave Suite C

Phoenix, AZ 85027

Phone: 623-869-8948 Fax: 623-434-4169

BOARD CERTIFIED PEDIATRICIANS

Louis Trunzo, MD, FAAP

Alisa Kurth MSN, APRN, FNP-C

AUTHORIZATION TO RELEASE RECORDS /AUTORIZACION PARA SOLICITAR DATOS

() TODO EL ARCHIVO () CARTILLA DE VACUNAS () LIBRO DE PAGOS
ALL RECORDS IMMUNIZATION REC BILLING LEDGER

Patient Name (Nombre Del Paciente): _____

Date of Birth (Fecha De Nacimiento): ____/____/____ Phone #: (____) ____ - ____

Address (Direccion): _____

I hereby authorize the release of Medical records, Immunization records or Billing Ledger concerning the above named patient:

FROM:

TO:

Name of Entity (Self, Day Care Center, School, Dr's Office, etc) Authorized to send records.

Name of Entity or Person to receive records.

Address

Address

Phone Number

Fax Number

Phone Number

Fax Number

Autorizo la publicación de los registros médicos, registros de vacunas o el libro de facturación en posesión o control de Twin Pediatrics P.C., sus empleados o agentes. PARA EL PROPÓSITO DE ESTO, LOS "REGISTROS MÉDICOS" INCLUIRÁN TODA LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH (COMO SE DEFINE EN LA SECCIÓN 36-661 DEL ARS) INFORMACIÓN RELACIONADA CON ENFERMEDADES COMUNICABLES CONFIDENCIALES (COMO SE DEFINE EN LA SECCIÓN 36-661 DEL ARS), ABUSO DE ALCOHOL O DROGAS - INFORMACIÓN RELACIONADA (COMO SE DEFINE EN 42 CFR SECCIÓN 2.1 ET SEQ Y DIAGNOSTICO DE SALUD MENTAL CONFIDENCIAL / AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO. Entiendo que cuando la información de mi hijo se usa o divulga de conformidad con esta autorización, puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no puede estar protegida por la Regla de privacidad federal HIPPA. Soy consciente de que es importante para mí, como padre / tutor legal, mantener el folleto de registro de vacunación original para mi hijo y traer el folleto para cada visita de control de niño sano. Entiendo y acepto que puedo ser responsable de las siguientes tarifas asociadas con mi solicitud: cargo de copia (costo de suministro, mano de obra y tarifa de envío o fax) relacionado con la reproducción de la información de mi hijo. Una copia por año se considera razonable y se proporcionará (previa solicitud) como cortesía. Cualquier solicitud adicional tendrá un cargo mínimo de \$ 5.00.

Firma de Padre/Tutor legal

Fecha

Nombre Escrito

Parentesco al Paciente

For office use only

ID Verified: ()Y ()N

Twin Peds Staff Initials:
