

# INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

NOMBRE DEL DOCTOR/MÉDICO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE (Si hay más de uno, liste todos los nombres)	FECHA DE NACIMIENTO	# SEGURO SOCIAL
		SEXO H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
		SEXO H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
		SEXO H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
		SEXO H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
		SEXO H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
NOMBRE DEL PARIENTE/GUARDIAN	TRABAJO # ( )	NOMBRE DEL OTRO PARIENTE: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
FECHA DE NACIMIENTO	CELULAR # ( )	
# SS	CASA # ( )	EL OTRO PARIENTE VIVE SI NO N/A EN LA CASA? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN ELECTRÓNICO		# CELULAR ( )
DOMICILIO		
<b>SEGURO MÉDICO (POLIZA PRINCIPAL DEL PACIENTE)</b>		
COMPAÑÍA DE SEGUROS	FECHA DE NACIMIENTO	PARIENTE OTRA _____
NOMBRE DEL ASEGURADO		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> COPAGO \$ _____
EMPLEO DE LA PERSONA ASEGURADA		
DIRECCIÓN DE LA OFICINA DE SEGURO		TELÉFONO DE LA OFICINA DE SEGUROS:
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE POLIZA	NUMERO DEL GRUPO	#SEGURO SOCIAL DEL ASERURADO
<b>SEGURO MÉDICO (POLIZA SECUNDARIA O POLIZA ADICIONAL)</b>		
COMPAÑÍA DE SEGUROS	FECHA DE NACIMIENTO	PARIENTE OTRA _____
NOMBRE DEL ASEGURADO		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> COPAGO \$ _____
EMPLEO DE LA PERSONA ASEGURADA		
DIRECCIÓN DE LA OFICINA DE SEGURO		TELÉFONO DE LA OFICINA DE SEGUROS:
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE POLIZA	NUMERO DEL GRUPO	#SEGURO SOCIAL DEL ASERURADO
TIENE ALGUNA OTRA POLIZA DE SEGUROS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	COMPAÑÍA DE SEGUROS #TELÉFONO ( )
¿QUIEN FUE LA PERSONA QUE LO INFORMO SOBRE NUESTRA OFICINA?		DOCTOR/MÉDICO PRINCIPAL

## AUTORIZACIONES Y ASIGNACIONES

Yo autorizo a Providence Medical Partners el derecho de proveer a mi compañía de seguros y sus agentes toda la información necesaria para determinar los beneficios que se pagaran por mi visita a la oficina del medico. Yo autorizo el pago de estos beneficios de seguro a Providence Medical Partners. Yo comprendo que ultimadamente soy responsable por el pago de todos los servicios medicos, esten o no esten cuviertos bajo mi poliza de seguros medicos. También autorizo que mi doctor, a su discreción, tenga acceso a mi información medica y doy permiso que la información se pueda usar en cualquier revision administrativa.

FECHA: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE DE PEDIATRIA

TRATAMOS DE MANTENER TODA LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL Y NO SERÁ LIBERADA SIN EL CONSENTIMIENTO FIRMADO.

Es posible que mandáramos información a especialistas, si hay una referencia.

**NOMBRE DEL NIÑO:** \_\_\_\_\_ DÍA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
APELLIDO NOMBRE INICIAL

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_ **SEXO:** H / M

**NOMBRE DE LA MADRE:** \_\_\_\_\_ **NOMBRE DEL PADRE:** \_\_\_\_\_

**FARMACIA PREFERIDA:** \_\_\_\_\_  
NOMBRE #TELEFONO

**MÉDICO ANTERIOR:** \_\_\_\_\_  
NOMBRE #TELEFONO

### HISTORIA DE NACIMIENTO

El peso al nacer: \_\_\_\_\_ Longitud al nacer: \_\_\_\_\_ Edad de la madre: \_\_\_\_\_

Duración del embarazo: \_\_\_\_\_ Lugar del parto: \_\_\_\_\_

Enfermedades durante el embarazo: \_\_\_\_\_

¿Tabaco, alcohol, drogas durante el embarazo? Y / n

Forma en como dio la luz (favor de llenar un angulito):

- Parto Vaginal  Parto Vaginal con Fórceps  
 Parto Vaginal con Vacío  Cesárea

¿PROBLEMAS DURANTE EL EMBARAZO/EL PARTO? \_\_\_\_\_

¿DIFICULTAR PARA RESPIRAR CUANDO NACIÓ? \_\_\_\_\_ Sí / No

¿ESTE NIÑO ES PARTE DE UN PARTO MÚLTIPLE (ejemplo: gemelos)? Sí / No

DURACIÓN DE LA ESTANCIA EN LA GUARDERÍA \_\_\_\_\_

¿AMAMANTO/FÓRMULA/AMOS? \_\_\_\_\_ SI FUE FÓRMULA, ¿CUÁL? \_\_\_\_\_

**CONDICIONES MÉDICAS /HOSPITALIZACIONES** (exclusion de hospitalización por nacimiento: Ejemplo: Asthma, Eczema, Infecciones frecuentes del oído)

¿HA TENIDO VARICELA? SÍ / NO FECHA (aproximación si no se recuerda): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿CREE UD. QUE SU HIJO TIENE PROBLEMA CON SU PESO? SÍ / NO

**CIRUGÍAS:** (Ejemplo: amigdalectomía, reparación de la hernia...) \_\_\_\_\_

**ALERGIAS:** (Medicamentos, alimentos, insectos) \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS:** (Por favor incluya vitaminas y hierbas) \_\_\_\_\_

### HISTORIA MENSTRUAL (*mujeres adolescentes*)

EDAD AL PRIMER CICLO MENSTRUAL: \_\_\_\_\_ ÚLTIMO DÍA DE MENSTRUACIÓN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿REGULAR O IREGULAR? \_\_\_\_\_ DÍAS MENSTRUACIÓN DURA: \_\_\_\_\_

¿FLUJO PESADO, MEDIO O POCO? \_\_\_\_\_ ¿DOLOR O CALAMBRES? SÍ / NO

## INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE PEDIATRIA

NOMBRE DEL NIÑO: \_\_\_\_\_ DÍA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
APELLIDO NOMBRE INICIAL

### HISTORIA DEL DESARROLLO (Si tiene más de 3 meses de edad)

EDAD EN QUE EL NIÑO SE SENTO SOLO: \_\_\_\_\_

EDAD EN QUE EL NIÑO COMENSO A GATIAIAR: \_\_\_\_\_

EDAD EN QUE EL NIÑOCOMENSO A CAMINAR: \_\_\_\_\_

EDAD EN QUE EL NIÑO DIJO SU PREIMERA PALABRA: \_\_\_\_\_

EDAD EN QUE UD. COMENSÓ A ENTRENAR AL NIÑO A IR AL BAÑO: \_\_\_\_\_

### HISTORIA SOCIAL

¿QUIEN VIVE EN EL HOGAR PRINCIPAL? \_\_\_\_\_

NOMBRE(S) Y EDAD(S) DE LOS HERMANOS: \_\_\_\_\_

¿ALGUNA MASCOTA EN EL HOGAR? SÍ/NO SI ES SÍ ¿QUE TIPO? \_\_\_\_\_

¿HAY ALGUIEN QUE FUMA EN EL HOGAR? SÍ/NO

¿HAY ARMAS DE FUEGO EN EL HOGAR? SÍ/NO

¿SIEMPRE LLEVA EL CASCO CUANDO PRACTICA EL CICLISMO/PATINA/PATINA CON PATINETA?  
SÍ/NO

PARA LOS NIÑOS, ¿SIEMPRE UTILIZA ASIENITO DEL COCHE O ASIENITO “BOOSTER”? SÍ/NO

PARA ADOLESCENTES, SIEMPRE LLEVA EL CINTURÓN DE SEGURIDAD? SÍ/NO

¿HAY DETECTORES DE HUMO EN CADA PISO DEL HOGAR? SÍ/NO

LA GUARDERÍA Y ESCUELAS DE SUS HIJOS: \_\_\_\_\_GRADO: \_\_\_\_\_

ALGUN PROBLEMA CON LA ESCUELA: SÍ/NO SI SU RESPUESTA FUE SÍ, ESPESIFIQUE: \_\_\_\_\_

DEPORTES Y ACTIVIDADES: \_\_\_\_\_

¿CUALQUIER LESIONES RELACIONADAS CON LOS DEPORTES? SÍ/NO SI SU RESPUESTA FUE SÍ,  
ESPESIFIQUE: \_\_\_\_\_



**PARIENTE o GUARDIAN: Favor de llenar SOLAMENTE si la visita es para un menor.**

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO DE UN MENOR**

**FECHA:** \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LOS PARIENTE(S): \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

Nombre de la personal quien da el consentimiento: \_\_\_\_\_

Relación al paciente (Pariente, Guardian, conservador administrativo): \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Número de telefono: \_\_\_\_\_ (Casa): \_\_\_\_\_ (Celular): \_\_\_\_\_

A Quien Le Interese:

Yo doy mi permiso a **Providence Medical Partners**, y los medicos, enfermeras, asistente medicos, y otros asociados para examiner y proveer tratar a mi hijo/a, cuyo nombre y edad aparece abajo:

\_\_\_\_\_ Que tiene \_\_\_\_\_ años de edad.

Nombre de paciente

En el evento que no me pueden localizer, doy mi permiso a las personas y/o institución abajo a dar consentimiento para examinar y proveer tratar a mi hijo/a

\_\_\_\_\_ Nombre(s) de persona(s) que tiene cuidado y control sobre el niño (ejemplo: abuelo/a, guardian, niñera)

\_\_\_\_\_ Nombres de Instituciones (Escuela, Guardería, etc.)

**Consentimiento a dar Asesoramiento y Provision de Anticonceptivos.** Texas permite el tratamiento de los menores de las enfermedades de transmission sexual y el embarazo sin el consentimiento de los parientes. Yo entiendo que visitas con los medicos pueden incluir discusiones, pruebas y tratamiento de las enfermedades de transmission sexual y/o el embarazo. Texas no permite que un proveedor de cuidado da asesoramiento y dar anticonceptivos a los menores sin el consentimiento de los parientes, except bajo ciertas circunstancias. Favor de marcar **Sí** o **No** si das consentimiento a dar asesoramiento y provision de anticonceptivos al menor, cuoy nombre está escrito arriba.

**Sí**, doy consentimiento a dar asesoramiento y provision de anticonceptivos a mi hijo/a.

**No**, no doy consentimiento a dar asesoramiento y provision de anticonceptivos a mi hijo/a.

**X** \_\_\_\_\_  
**Firma de Pariente, Guardian, o conservador administrativo**

Testigo:

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Domicilio

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Domicilio

---

## Providence Medical Partners

### Consentimiento Para el Tratamiento

Con mi firma en este documento, doy autorización para que mi doctor y cualquier otro individuo que él o ella indique como apropiado me haga exámenes, pruebas, o cualquier otro tratamiento que piense que sea necesario para obtener un diagnóstico o tratamiento de mi condición médica. Este consentimiento es válido para todas las visitas al doctor o las oficinas de Providence Medical Partners, a menos que yo revoque este consentimiento oralmente o por escrito.

Por favor informe, que la ley de Texas permite que le hagan la prueba de VIH (el virus de la inmunodeficiencia humana) al paciente. VIH es el virus que está asociado con SIDA (AIDS). La prueba se podrá hacer bajo las siguientes condiciones: 1) para examinar sangre, productos de sangre, o órganos que podrían ser donados; 2) si otro individuo fue expuesto accidentalmente a la sangre de un paciente o fue expuesto a otras secreciones humanas, por ejemplo por una aguja (la prueba será conducida bajo los protocolos de Providence Medical Partners); o 3) si un tratamiento médico o quirúrgico es aplicado al paciente donde el médico o otras personas médicas podrían estar expuestas a la sangre o secreciones humanas del paciente.

Esta revelación es para informarle que la prueba de VIH se le puede hacer a usted, al costo de Providence Medical Partners, si cualquiera de las condiciones ocurre durante su periodo de tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación al Paciente

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

---

## Póliza Sobre el Pago de Servicios

Gracias por haber escogido a Providence Medical Partners para el mantenimiento de su salud. Estamos cometidos a proveer servicios de gran excelencia a usted, nuestro paciente. Como parte de nuestra relación profesional, es importante que usted tenga una comprensión sobre nuestra póliza sobre el pago de servicios.

**Todos nuestros pacientes deben leer y firmar este formulario antes de recibir servicios.**

• **Es su responsabilidad proveernos con la información más reciente sobre su póliza de seguros.**

- ▶ Si usted falla en proporcionarnos la información precisa sobre su póliza de seguro médico en buen tiempo, su compañía de seguro podría rechazar su reclamo de beneficios. Si su reclamo es rechazado, usted se hace responsable por el costo de los servicios que le hemos proporcionado.
- ▶ Debemos enfatizar que nosotros, como los que le proporcionan servicios médicos, somos los que tenemos la relación con usted, el paciente, y que la relación no es con su compañía de seguros. Su póliza de seguros es un contrato entre usted, su compañía de seguros, y posiblemente su empleador. Es su responsabilidad saber y comprender el nivel de servicios médicos que si o no tienen cobertura bajo su póliza de seguros.
- ▶ Si usted o el paciente esta cubierto bajo **Medicaid** (de cualquier tipo), es su responsabilidad notificarnos antes de su consulta. Esto es parte de el acuerdo que usted tiene con Medicaid, y si no nos notifica que usted o el paciente esta cubierto bajo Medicaid, usted se hara responsable por todos los cargos asociados con la consulta.
- ▶ Nosotros podemos aceptar su póliza de seguros después de verificar que usted tiene beneficios bajo la póliza. Es posible que algunos o todos los servicios no sean cubiertos por su póliza. **En tal caso, usted será responsable por el costo de todos los servicios que no tengan cobertura bajo su póliza.**
- ▶ Antes de recibir servicios médicos, usted debe verificar que nosotros aceptamos su póliza de seguros. También es necesario que usted haya designado con su compañía de seguros a su doctor primario como su doctor principal (si esto es requerido por su compañía de seguros). En el evento que nuestros médicos no participen en su plan de seguros, nosotros mandaremos el reclamo inicial solamente como una cortesía, pero los servicios tendrán que ser pagados el mismo día de su visita a nuestra clínica.
- ▶ Por nuestros servicios, nosotros cobramos lo que se acostumbra en nuestra región y localmente. Usted es responsable por el pago completo de la cuenta, a pesar de lo que cubra o no cubra su compañía de seguros o a pesar de la cantidad que su compañía de seguros determine como el costo usual del los servicios.
- ▶ Los co-pagos, pagos bajo otra póliza de seguros, y deducibles se deberán pagar al mismo tiempo de su visita a nuestra clínica. Nosotros estimáremos la cantidad que nos debe, basandonos el la información que recibimos de su compañía de seguros. Pero, usted es responsable por pagar toda la cantidad determinada por su compañía de seguros, después que hayan pagado su reclamo – aunque esa cantidad sea más de lo que estimamos al principio.

• **Es su responsabilidad proveernos con la información más reciente tocante a su domicilio y otra información necesaria para cobrarle por los servicios médicos.**

- ▶ Usted deberá proveer su más reciente domicilio, todos sus números de teléfono y otra información necesaria para comunicarnos con usted sobre su cuenta. Si hay cambios con esa información, es su responsabilidad de comunicarse con nosotros sobre ese cambio de información.
- ▶ Nosotros le mandaremos información sobre su cuenta (al domicilio que usted nos indique) para notificarlo sobre cualquier balance que usted deba. Si tiene cualquier pregunta, o no esta de acuerdo con lo que le estamos cobrando o con su balance, es su responsabilidad hablarnos a nuestras oficinas en menos de 30 días después de la fecha de haber recibido su copia inicial de la cuenta. Usted puede hablar al **(817)514-5200** o **1-800-555-1429**.
- ▶ **El saldo pendiente (su balance) se tendrá que pagar por completo al recibir la cuenta.** Los saldos pendientes que no sean pagados por completo durante los 30 días de la fecha marcada en la cuenta se consideran como deudas delincuentes. **Las cuentas consideradas delincuentes serán sujetas a un cargo mensual de \$5 y podrían ser referidas a una agencia de colecciones o a un abogado como parte de nuestros esfuerzos de recibir pago.** Usted será responsable por todos los costos asociados, incluyendo los cargos de abogados y de la corte si son necesarios y aplicables.
- ▶ Si usted es incapaz de pagar su saldo pendiente por completo, deberá llamar a nuestra oficina de negocios para entrar en un acuerdo de pagos. Cualquier cargo adicional será incluido en este acuerdo mutuo. Si usted falla en hacer sus pagos, su cuenta será referida a una agencia de colecciones y / o a un abogado. Usted será responsable por todos los costos asociados, incluyendo los cargos de abogados y de la corte si son necesarios y aplicables.
- ▶ Si referimos su cuenta a una agencia de colecciones, usted será notificado por correo certificado y no podrá recibir servicios de nuestros médicos o de nuestra clínica, Providence Medical Partners. Si no acepta nuestra carta certificada (o no recoje la carta en la oficina de correo) afirma que le hemos notificado de la terminación de servicios.
- ▶ En el evento que usted nos pague con un cheque que sea devuelto por el banco por cualquier razón, le agregaremos \$25.00 a su cuenta. En adición, nosotros podríamos tomar todos nuestros derechos bajo las leyes del estado de Texas.
- ▶ Podemos cobrarle un honorario por no llegar a su consulta o por cancelar (o por hablar para cambiar la fecha) sin darnos el mínimo de 24 horas de aviso.
- ▶ Podemos cancelar o cambiar la fecha de su consulta si su cuenta esta delincuente.
- ▶ Podemos cobrarle un honorario por no llegar a su consulta o por cancelar (o por hablar para cambiar la fecha) sin darnos el mínimo de 24 horas de aviso.

Su pago completo se requiere a la hora de servicio. Aceptamos pago en efectivo, tarjetas de crédito y cheques personales. Su firma en este documento confirma que ha leído y entendido la información contenida en esta póliza.

Firma de la persona que se hace responsable por la cuenta

Fecha

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Paciente: \_\_\_\_\_  
EPM Medical Record Number: \_\_\_\_\_

# La Autorización para Divulgar Información Médica a Providence Medical Partners

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo

(Nombre del paciente o representante legal)

\_\_\_\_\_  
(Nombre de la persona/entidad que deba compartir la información)

\_\_\_\_\_  
(Dirección de la persona/entidad que deba compartir la información)

que comparta la siguiente información por correo, fax, verbalmente o por vía electrónica a:

PROVIDENCE MEDICALPARTNERS

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Oficina (915) \_\_\_\_\_ Fax (915) \_\_\_\_\_

Para los registros de salud: \_\_\_\_\_

(Nombre de la persona cuyo registro será divulgada)

(Número de Seguro Social)

Para el proposito de: \_\_\_\_\_

## Todos los registros

- Declaraciones de gastos o pagos
- Registros de todas las visitas
- Información de SIDA o VIH
- Historia y examen físico
- Recors de visita para una fecha determinada(s).
- Espesifique las fechas exactas o se limitan a: \_\_\_\_\_

- Toma Nota de los Progresos
- Aprobación de la Gestión Resumen
- Informes de Consulta
- Información de Hepatitis
- Las fotografías, cintas de vídeo, digitales, u otras imágenes

- Copias de registros o informes previstos para el distribuidor antes mencionado (es decir, hospital, laboratorio, clínica, etc)
- Tratamiento de salud mental o abuso de alcohol y drogas
- Otros (sea específico): \_\_\_\_\_

## Esta autorización se da libremente en el entendimiento de que:

1. Cualquier o todo registro, ya sea escrita, oral, o en formato electrónico, son confidenciales y no pueden ser divulgados sin mi autorización previa y por escrito, exepcto contraria de la ley.
2. Una fotocopia o fax con autorización es tan válida como esta original.
3. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, exepcto cuando esta información ya ha sido publicada.
4. Providence Medical Partners, sus empleados, funcionarios, y los médicos tienen autorizacion de cualquier responsabilidad legal o responsabilidad para la recepción informativa anterior en la medida indicada y autorizada en el mismo.
5. La información utilizada o revelada de conformidad con la autorización podrá ser objeto de revelación por parte del receptor y no podrán ser protegidos por esta norma.
6. Tratamiento, pago de inscripción, o elegibilidad para recibir beneficios no puede ser condicionada a la obtención de esta autorización.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Paciente / Firma Legal del Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación al el Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Caducidad de la Autorización

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha



---

## Entendimiento Completo de Recibo Noticia de Prácticas Privadas

**Me han provisto un Aviso de Prácticas Privadas, que me proporciona aún más completa descripción de los usos y divulgaciones de mi información relacionado con la salud mia. Yo comprendo que Sierra Providence Medical Partners reserva el derecho de cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad y antes de que se hagan cambios proporcionarán una copia actualizada sobre el sitio de la pagina de la red de la clínica y el consultorio del médico. Yo puedo solicitar una copia de la actualizacion de Avisos de Prácticas Privadas, llamando a mi oficina del médico o solicitando una copia en persona durante la sita.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación al Paciente

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

Abajo se encuentran los nombres de las personas las cuales yo les doy permiso de estar presente y/o tener participación durante mi tratamiento medico o las cuales les brindo acceso a mis expedientes/documentos medicos, y son protegidos por ley. Doy permiso que Sierra Providence Medical Partners comparta mi información medica con las siguientes personas:

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Relación

Favor mantenga este documento para surecord.

**PROVIDENCE MEDICAL PARTNERS**

**Notice of Privacy Practices**

*ESTE AVISO DESCRIBE COMO INFORMACIÓN MEDICATOCANTE A USTED PODRÁ SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. FAVOR DEREVISARLA CUIDADOSAMENTE.*

**SÍ USTED TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE ESTA INFORMACIÓN PORFAVOR CONTACTE NUESTRAS OFICINAS PRIVADAS CON STEPHEN EPPSTEIN, M.D. AL (817) 514-5200.**

Esta práctica utiliza y revela información de salud tocante de usted para tratamiento, para obtener pago para tratamiento, para causas administrativas, y para evaluar la calidad de tratamiento que usted recibe.

Este aviso describe nuestras prácticas privadas. Podemos cambiar nuestras pólizas y este aviso a cualquier hora, y aplicar esas pólizas revisadas a toda la información protegida de sanidad cual mantenemos. Si acaso, o cuando cambiaríamos nuestro aviso, situaremos el aviso nuevo en nuestra oficina donde se podrá ver. Ud. puede solicitar una copia de papel de este aviso, o cualquier aviso modificado, a cualquier hora, (aunque usted nos haya dado el derecho de comunicarnos con usted electrónicamente). Para mas información tocante este aviso, o tocante nuestras pólizas y prácticas, favor de comunicase con la persona mencionada abajo.

**1. Tratamiento, Pago, Operaciones de Cuidado Medico**

**Tratamiento:** Somos permitidos a usar y divulgar su información medica a todos involucrados bajo su tratamiento. Por ejemplo, su cuidado podrá requerir el involucramiento de un especialista. Cuando le referimos a ese medico, compartiremos alguna o toda su información medica con ese medico / medica para facilitar el entrego de cuidado. O, el medico / medica en esta práctica es especialista. Cuando proporcionamos tratamiento, podemos pedir que su medico de cuidado primario comparta su información medica con nosotros. También, podemos proporcionar a su medico de cuidado primario, información tocante su condición particular para que su medico de cuidado primario lo pueda trata apropiadamente en otras condiciones medicas, si hay algunas).

**Pago:** Somos permitidos a usar y divulgar su información medica para cobrar y coleccionar pago por los servicios dirigidos a usted. Por ejemplo, podremos completar un forma de reclamo para conseguir pago de su asegurador o HMO. Esa forma contenerla (contiene?) información medica, asi como una descripción de el servicio medico proporcionado a usted, el cual su asegurador o HMO necesita aprobar el pago a nosotros.

**Operaciones de Cuidado de Médico:** Somos permitidos a utilizar o divulgar su información medica para las intenciones de operaciones de cuidado de médico, cuales son actividades que soportan esta práctica y aseguran que cuidado de calidad se entregue. Por ejemplo, la información podrá ser utilizada por estudiantes médicos o de enfermería los cuales proveen servicios a pacientes en nuestras clínicas. O podremos usar

páginas de registro para que los pacientes escriban su nombre y el nombre de el medico. Estas páginas nos avisaran que el paciente ha llegado ha su cita. Esta información también sera utilizada para llamar su nombre cuando es tiempo de ver al medico, y también para hablarle por teléfono para recordarle de su cita.

O nosotros podremos usar su IPS para evaluar la calidad de los doctores, enfermeras y otros empleados al cuidado de la salud involucrados con su cuidado. Nosotros podremos obtener su IPS a través de nuestro representante de pacientes en orden de resolver cualquier reclamo que usted pueda tener y asegurar que usted se siente confortable con nosotros.

También podremos compartir su IPS con sus otros proveedores del cuidado de la salud cuando esa información sea requerida para que ellos lo puedan tratar, recibir pagos por servicios que le brindaron, o hicieron ciertas operaciones de cuidado de la salud, como calidad de la valorización y el mejoramiento de las actividades, revisando la calidad y habilidades de

los profesionales al cuidado de la salud, o por fraudes al cuidado de la salud y averiguación abusiva y/o actividades del programa de cumplimiento.

**2. Declaraciones que se pueden realizar sin autorización escrita o una oportunidad de refutar**

Hay algunas situaciones en cuales somos permitidos a divulgar o utilizar su información medica sin su autorización escrita o sin oportunidad de refutar. En otras situaciones, le pediremos su autorización escrita antes de divulgar o utilizar alguna identificación de información de salud tocante usted. Si usted elige firmar una autorización para revelar información, después podrá revocar aquella autorización por escrito, para detener usos y declaraciones futuras. Sin embargo, cualquier revocación no se aplicara a declaraciones o usos ya hechos en esa autorización.

**Salud Publica, Abuso o Descuido y supervisión Medica**

Podemos divulgar su información medica para actividades publicas de salud. Actividades de salud publicas son encargadas por gobierno federal, estatal o gobierno local para la coleccion de información tocante enfermedades, estadísticas esenciales (nacimientos o mortalidades) o daño por una autoridad de salud publica. Podemos divulgar su información medica, para reportar reacciones a medicamentos, problemas con productos, o notificar a la gente acerca de revocaciones de productos cuales estén usando.

Porque la ley de Texas requiere médicos/ medicas que reporten el abuso o descuido de niños, podemos revelar información medica a una agencia publica autorizada a recibir reportes de abuso o descuido de niños. La ley de Texas también requiere cualquier persona que sospeche que algún anciano o incapacitado este bajo el abuso o descuido, o explotación, reportar la información a el estado y las regulaciones privadas de HIPAA permiten la divulgamiento de información para reportar el abuso o descuido de ancianos o incapacitados.

Podemos divulgar su información medica a una agencia de omisión de salud para aquellas actividades autorizadas por la ley. Muestras de estas actividades son revisiones, investigaciones, aplicaciones de licencia, y inspecciones, todas cuales son actividades del gobierno dirigidas para verificar el sistema de entrego sobre el cuidado de

**Procedimientos Legales y Ejecución de la Ley**

Podemos divulgar su información medica en el curso de procedimientos judiciales y administración en respuesta a una orden de la corte (o el encargado de decisiones administrativas) o otro proceso legal apropiado. Ciertos requerimientos deben ser cumplidos antes que la información sea divulgada.

Si somos preguntados por un oficial de ejecución legal, podemos revelar su información medica bajo circunstancias limitadas cuales son proporcionadas:

- La información es divulgada por consecuencia a proceso legal, así como una escritura o citación;
- La información pertenece a una victima de crimen y usted es incapacitado;
- La información pertenece a una persona que ha fallecido bajos circunstancias que sean relacionadas a conducto criminal;
- La información es tocante una victima de crimen y no podemos conseguir la conformidad de la persona;
- La información es divulgada por el caso que un

salud, y rendimiento con otras leyes, así como las leyes de responsabilidad civil. Este solar (local?); o

- La información es divulgada para localizar un fugitivo, persona extraviada, o persona sospechada.

Podemos también divulgar información si creemos que la divulgación es necesaria para prevenir o reducir el amenaza inminente a la salud o seguridad de un persona.

**Compensación de trabajadores**

Podemos divulgar su información medica así como es requerida por la ley de compensación de trabajadores.

**Habitadores de Prisión**

Si usted es un habitador de prisión, o bajo la custodia de la ley, nosotros podemos divulgar su información medica a la institución correccional a un oficial de la ley. Este descargo es permitido a conceder la institución que le proporciono cuidado medico, para proteger su salud y la salud de otros, o la seguridad de la institución.

**Militara, Seguridad Nacional y Actividades de Inteligencia, Protección del Presidente**

Podemos divulgar su información medica para funciones especializadas del gobierno así como separación o absolución del servicio militar, solicitudes necesarias por oficiales comandantes apropiados de la militara (sí usted se encuentra en la militara.), servicios de inteligencias y seguridad nacional autorizados, así como las actividades autorizadas para la provisión de servicios protectorios para el presidente de Los Estados Unidos, otros oficiales autorizados del gobierno, y encargados del estado del extranjero.

**Escudriñamiento, Donación de Órganos, Coronares, Examinadores Médicos, y Directores de Funerales**

Cuando un proyecto de escudriñamiento y sus protecciones privadas han sido aprobadas por un junta institucional de revista, o junta de privado, podemos divulgar información medica a investigadores para causas de escudriñamiento. Podemos divulgar información medica a organizaciones de obtenciones de órganos, para la causa de facilitar un órgano, ojo, o donación de elementos anatómicos si usted es un donador.

También, podemos revelar su información medica a un examinador medico para identificar una persona fallecida o la causa de muerte. Además, podemos revelar su información medica a un director de funerales cuando esta divulgación es necesaria para que el director pueda cumplir con sus obligaciones.



### Exigido por Ley

Podemos revelar su información médica cuando la divulgación es exigida por ley.

### 3. Derechos Individuales Bajo las Regulaciones Federales

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Los Estados Unidos ha creado regulaciones intentadas a proteger el aislamiento del paciente así como requerido por HIPAA. Esos reglamentos producen varios privilegios cuales los pacientes pueden utilizar. No talionaremos contra pacientes quienes utilicen sus derechos de HIPAA.

**Restricciones Solicitadas:** Usted puede solicitar que limitemos como su información protegida de salud sea utilizada o divulgada para tratamiento, pago, o operaciones de cuidado de salud. NO tenemos que convenir a esta restricción, pero si lo hacemos, cumpliremos con su solicitud con excepción de circunstancias de emergencia.

Para solicitar una restricción, entregue lo siguiente por escrito: (a) la información bajo restricción, (b) que tipo de restricción solicita (por ejemplo, en el uso de información, divulgación de información, o ambos,) y (c) a quienes se le aplican las restricciones. Favor de mandar la solicitud a la persona nombrada abajo.

También puede solicitar que limitemos divulgación a miembros de familia, otros parientes, o amigos personales cuales sean o no sean involucrados en su cuidado.

**Recibiendo Comunicaciones Confidenciales por Métodos Alternativos:** Puede solicitar que enviemos comunicaciones de información de salud protegida por métodos alternativos o a un local alternativo. Esta solicitud debe ser por escrita a la persona nombrada abajo. Somos requerido a proveer solamente solicitudes razonables. Favor de especificar en su correspondencia exactamente como gusta que nos comuniquemos con usted, y si dirige a mandarlo a un lugar particular, favor de proporcionar la información de contacto.

**Inspección y Copias de Información de Salud Protegida:** Puede examinar y/o copiar información de salud que se encuentra dentro de los archivos designados, cual es información que se utiliza para tomar decisiones tocante su salud. La ley de Texas requiere que solicitudes de copias sean hechas por escrito, y pedimos que solicitudes para inspección de su información de salud, también sean por escrito. Favor de mandar su solicitud a la persona nombrada abajo.

Podemos pedir que un narrativo de esa información sea proporcionado en vez de copias. Sin embargo, si usted no esta de acuerdo con nuestra solicitud, le proporcionaremos copias.

Podemos negarnos a proporcionar alguna de la información que usted pide a examinar o que sea copiada. Podemos negarnos a proporcionar acceso a copias de alguna de la información por las siguientes razones:

- Si la información son notas de psicoterapia.
- Si la información divulga la identificación de alguna persona quien proporcione información bajo la promesa de secreto.
- Si la información es sujeta a Las Reformaciones de 1988 de Mejoramiento de Laboratorio Clínico (Clinical Laboratory Improvements Amendments of 1998).
- Si la información ha sido juntada en anticipo

de litigio.

Podemos negar proporcionar acceso a, o copias de alguna información por otras razones, bajo la condición que arreglemos un examen de su decisión tocante su solicitud. Este examen será hecho por otro proporcionado licenciado de cuidado de salud, quien no ha sido involucrado en cualquier decisión hecha anteriormente para negar acceso.

La ley de Texas nos requiere que estemos listos para proporcionar copias o narrativo dentro de 15 días de su solicitud. Lo informaremos cuando los archivos estén listos o si creemos que acceso sea limitado. Si le negamos acceso, le informaremos por escrito.

HIPAA nos permite cobrar una recompensa razonable de costo.

### Reformación De Información Médica

Usted puede pedir una reformación de su información médica en el archivo designado (designated record set).

Cualquier solicitud debe ser por escrito a la persona mencionada abajo. Le responderemos dentro de 60 días de su solicitud. Podemos negar una reformación por las razones siguientes:

- Si la información no fue creada por esta práctica o los médicos en esta práctica.
- Si la información no es parte del archivo designado.
- Si la información no es disponible para inspección a causa de una denegación apropiada.
- Si la información esta completa y correcta.

Aunque le neguemos una reformación, usted es permitido a incluir una declaración de paciente tocante la información aplicable en su archivo médico. Si le neguemos una reformación, le notificaremos por escrito.

Si le aprobamos la reformación, le notificaremos por escrito, admitiremos que se lleve a cabo, y le notificaremos a otros que hemos conseguido la información correcta.

### Derecho a Obtener un Listado de

**Divulgación:** Las regulaciones de aislamiento de HIPAA le permiten a usted que solicite, a nosotros que le proporcionemos un listado de divulgaciones que son para otras causas además de tratamiento, pago, operaciones de cuidado de salud, o hechas por una autorización firmada por usted o su representante. Favor de enviar cualquier solicitud de responsabilidad a la persona nombrada abajo. Su primer listado de divulgaciones (dentro de un periodo de 12 meses) será gratis. Para solicitudes adicionales, dentro de ese periodo, somos permitidos de cobrar por el costo de proporcionar la lista. Si hay algún cargo, le notificaremos, y puede elegir a remover o modificar su solicitud antes de incurrir costos.

### 4. Recuerdos de Sitos, Tratamientos Alternativos, y Otros Beneficios Relacionados a la Salud

Podemos comunicarnos con usted [por teléfono, correo, o ambos] para proporcionar recuerdos de sitios, información tocante métodos alternativos de tratamiento, y otros

beneficios relacionados a la salud, y servicios que puedan servir de interés a usted.

### 5. Quejas

Si usted se siente apesadado que sus derechos de aislamiento han sido violados, puede comunicarse con la persona mencionada abajo. Además, puede enviar una queja por escrito al Departamento de Sanidad y Servicios Humanos. No talionaremos contra usted por haber archivado una queja con nosotros o con el gobierno.

### 6. Nuestra Promesa a Usted

Somos obligados por ley y regulación de proteger el aislamiento de su información médica, de proporcionarle con este aviso de nuestras prácticas de aislamiento con respeto a la información de salud protegida, y de sostener los artículos del aviso de las prácticas de aislamiento en efecto.

### 7. Preguntas y Persona de Contacto para Solicitudes

Nosotros podremos cambiar los términos de este aviso en cualquier momento. Si nosotros cambiáramos este aviso, nosotros podremos hacer los nuevos términos del aviso efectivos para toda Información Protegida de la Salud que mantengamos, incluyendo cualquier IPS creada o recibida antes de hacer el nuevo aviso. Si cambiamos el Aviso, nosotros pondremos el nuevo aviso en las salas de espera de su alrededor y dentro de Sierra Providence Medical Partners y en nuestra página de Internet [www.ProvidenceMedicalPartners.com](http://www.ProvidenceMedicalPartners.com).

Usted también puede obtener cualquier nuevo aviso contactando a nuestra Oficina de Privacidad.

### Oficina de Asuntos Privados

Usted puede ponerse en contacto con nuestra oficina de privacidad.

### Providence Medical Partners c/o Impel Management

9003 Airport Freeway, Suite 300  
North Richland Hills, Texas 76180  
(817) 514-5200 Teléfono  
(817) 514-5210 fax

---

**FAVOR DE GUARDAR ESTE DOCUMENTO PARA SU REGISTRO**

**POR FAVOR LLAME A  
SU COMPAÑÍA DE SEGURO**

**HOY**

Haremos todo lo posible para verificar su cobertura. Conosca la cobertura de beneficio. Sin embargo, es su responsabilidad ayudarnos a entender los servicios para los cuales usted puede ser responsable financieramente.

Con tantos cambios que las compañías de seguros están haciendo, por favor, tome tiempo para aprender cómo le va a afectar a usted y a su familia.

---

**PROVIDENCE MEDICAL PARTNERS**  
**[www.ProvidenceMedicalPartners.com](http://www.ProvidenceMedicalPartners.com)**  
**844-ELP-DOCS (844-357-3627)**

Como usted probablemente sabe, la cobertura en la mayoría de pólizas de seguro de salud han cambiado. En un esfuerzo para ayudar a nuestros pacientes en la comprensión de sus coberturas de seguro, hemos definido **las siguientes preguntas que usted debe preguntar** a su compañía de seguros. Si usted tiene una nueva compañía de seguros (o usted ha tenido el mismo plan de seguro durante años), estas preguntas se debe hacer hoy para determinar los cambios en la cobertura. Estas son sólo algunas sugerencias. Usted puede y debe de preguntar cualquier otra pregunta que usted tenga cuando haga la llamada a su compañía de aseguradora.

1. ¿Cuál es mi fecha de entrada efectiva? \_\_\_\_\_
2. ¿Si tengo cobertura con más de un seguro, cual seguro viene siendo primario? \_\_\_\_\_  
¿Cuál es secundario? \_\_\_\_\_  
¿Qué empresa es la principal para mi hijo si yo y mi cónyuges tienen cobertura? \_\_\_\_\_
3. ¿Es mi seguro HMO, POS, PPO o indemnización? \_\_\_\_\_  
¿Qué significa esto? \_\_\_\_\_
4. ¿Tengo beneficios fuera de la cadena? \_\_\_\_\_
5. ¿Mi seguro exige por escrito la remisión a los especialistas? \_\_\_\_\_
6. ¿Tengo un deducible? \_\_\_\_\_ ¿Qué significa esto para mí, y cuánto se ha cumplido? \_\_\_\_\_  
¿Para que sirve el deducible? \_\_\_\_\_
7. ¿Puedo contar con co-seguro en las cantidades adeudadas por encima de mi copago? \_\_\_\_\_  
Sí la respuesta fue si, ¿cuál es la cantidad? \_\_\_\_\_
8. ¿Cuál es el copago de mi doctor (PCP) cuando visite? \_\_\_\_\_  
¿El copago para una visita con especialista? \_\_\_\_\_  
¿Debera ser un especialista OBGYN, si yo sólo voy para mi visita ginecológica anual? \_\_\_\_\_
9. ¿Con qué frecuencia puedo visitar / o miembros de mi familia si tienen una prevención física / examen al bienestar de la mujer/ o visita del niño? \_\_\_\_\_  
Según sus registros, ¿cuando yo o los miembros de mi familia tuvieron estos tipos de exámenes? \_\_\_\_\_  
¿Hay una porción de copago para prevención física y bienestar de la mujer, como exámenes/visita para los niños? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto? \_\_\_\_\_  
Cuando visite / o si miembros de la familia tienen una prevención física / examen al bienestar de la mujer/ o visita del niño, ¿hay algo que NO este cubierto? \_\_\_\_\_  
¿Cuánto tengo que pagar? \_\_\_\_\_
10. ¿Existe un límite de gastos, coseguro o deducible en mi cobertura preventiva? \_\_\_\_\_  
¿Si es así, cuánto? \_\_\_\_\_
11. ¿Existe un **copago, coseguro o deducible** si recorro a laboratorios o procedimientos sin ver al médico o asistente médico? \_\_\_\_\_  
¿Qué pasa si los procedimientos o trabajo de laboratorio se producen en un día (s) antes o después de mi cita? \_\_\_\_\_
12. ¿Tengo cobertura para las pruebas de cribado? (Colonoscopia, prueba de esfuerzo, laboratorios, mamografías, pruebas de densidad ósea, EKG, etc) Si así es, cuál es el porcentaje al que estas pruebas están cubiertas? \_\_\_\_\_

- 13. ¿Tengo cobertura de inmunizaciones preventiva? \_\_\_\_\_  
¿Viajes Inmunizaciones? \_\_\_\_\_  
Hay un co-pago cuando voy al médico por las vacunas sólo? \_\_\_\_\_  
Para los niños, ¿hay un costo anual para limitar las vacunas preventivas? \_\_\_\_\_  
¿Si es así, cuánto? \_\_\_\_\_
- 14. ¿Qué condiciones pre-existentes no están cubiertos por mi seguro? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**NOTA:** Pacientes de Medicare deberan saber cuando el pagos se aplican, sobre todo cuando Medicare está ofreciendo un servicio de salud / examen.

## OTRAS NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Providence Medical Partners  
HIPAA Información al Paciente**

**¿Qué es HIPAA?**

El Seguro de Salud de Portabilidad y Responsabilidad de la Ley de 1996 (HIPAA) es una ley aprobada por el Congreso a proteger la privacidad de los pacientes en lo que respecta a los expedientes médicos y control el flujo de información de salud. Por otra parte, HIPAA fue diseñada con el proposito de bajar los costos administrativos medicos estableciendo normas para la presentación y tramitación de los reclamos de seguros. Los reglamentos de HIPAA afectan a las personas en todos los niveles de atención médica, incluyendo a los pacientes y sus médicos.

**¿Qué es TPO?**

Tratamiento, pago y operaciones (TPO) incluye los procesos habituales que intervienen en recibir atención médica. Hay varios ejemplos que abarcan TPO. A menudo es necesario compartir su información de salud entre los proveedores de asistencia médica, tales como proporcionar una remisión a un especialista. Esta es una parte del **tratamiento**. Información acerca de su diagnóstico o otro tipo de información de su salud que requieran **pago** para las compañías de seguros. Las evaluaciones de los expedientes médicos garantizan una alta calidad de atención prestada por nuestros médicos que consideramos parte de las **operaciones**.

**¿Por qué me debe importar TPO?**

La legislación de HIPAA esboza diferencias significativas para el manejo de la información médica como TPO, para motivos distintos de TPO. Las leyes creadas por HIPAA están diseñadas para agilizar la asistencia médica para no tener restricciones en el intercambio de información sobre su salud TPO y para restringir la información no necesaria para TPO (por ejemplo, información dada a otras personas, incluso miembros de su familia, o razones comerciales).

**¿Cómo me afecta HIPAA como paciente?**

HIPAA beneficia de muchas maneras a los pacientes. Por ejemplo, Sierra Providence Medical Partners porvoerá información a los pacientes sobre sus derechos privados. Por otra parte, los nuevos reglamentos hacen ilegal el acto de que los proveedores de atención médica vendan su información de salud para los comercializadores y los anunciantes sin su autorización escrita. Como paciente, usted tiene el derecho de revisar su expediente médico si usted cree que algo es incorrecto y solicita un cambio. Sin embargo, sólo su médico puede determinar si su expediente médico es incorrecta.

**¿HIPAA tiene efectos negativos?**

La intención la legislación de HIPAA, es mejorar el nivel de privacidad para los pacientes. *Sin embargo, la ley exige que el paciente le autorize por escrito información de su salud antes de que sea puesta su información en libertad por razones distintas de TPO. Por ejemplo, los familiares no pueden llamar a la clínica y obtener cualquier información de salud sin que usted firma una autorización primero. Por favor, comprenda que la clínica está trabajando para proteger la privacidad de todos los pacientes y pueden tener polízas aún más estrictas para tener el control de dicha información.*

**¿Cuándo se llevará a cabo estos cambios?**

Sierra Providence Medical debe cumplir con los reglamentos de HIPAA en abril 14, 2003. Sin embargo, cada clínica está trabajando diligentemente para ser compatible con antisipación de el plazo.

**¿A quien debo llamar si tengo una pregunta sobre la privacidad de mi expediente médico de Sierra Providence Medical Partners?**

Sierra Providence Medical Partners cuenta con un Oficial Privado, disponible para resolver cualquier pregunta privada.

Por favor contacte a:

Providence Medical Partners Oficina de Privacidad

HIPAA Privacy Officer

Providence Medical Partners

8200 Perrin Beitel

San Antonio, Texas 78218

(210) 619-8845

**Gracias por ayudar a Providence Medical Partners en nuestros esfuerzos para proteger la privacidad de todos nuestros pacientes!**



*(Please print clearly / Sirvase escribir claramente con letra de molde)*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Child's Last Name / Apellido del niño(a)**

*For Clinic/Office Use*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Child's First Name / Nombre del niño(a)**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Child's Middle Name / Segundo nombre del niño(a)**

								/										/									
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**\*Children under 18 years only /**

*Solamente niños menores de 18 años*

**Child's Date of Birth / Fecha de nacimiento del niño(a)**

**Child's Gender / Género:**  **Male / Masculino**  **Female / Femenino**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Child's Address / Dirección del niño(a)**

--	--	--	--	--	--	--	--

**Apartment # / Apartamento #**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Telephone / Teléfono**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**City / Ciudad**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**State / Estado**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Zip Code / Código postal**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**County / Municipio**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Mother's First Name / Nombre de la madre**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Mother's Maiden Name / Apellido de soltera de la madre**

ImmTrac, the Texas immunization registry, is a free service of the Texas Department of State Health Services. The immunization registry is a secure and confidential service that consolidates and stores your child's (under 18 years of age) immunization records. With your consent, your child's immunization information will be included in ImmTrac. Doctors, public health departments, schools and other authorized professionals can access your child's immunization history to ensure that important vaccines are not missed.

**The Texas Department of State Health Services encourages your voluntary participation in the Texas immunization registry.**

El registro de inmunización (ImmTrac) de Texas, es un servicio gratis que proporciona el Departamento Estatal de Servicios de Salud. El registro de inmunización es un servicio seguro y confidencial que consolida y guarda el récord de inmunizaciones de su niño (menor de 18 años de edad). Con su consentimiento, la información de la inmunización de su niño 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 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.**

**Consent for Registration of Child and Release of Immunization Records to Authorized Entities**

I understand that by granting consent below, I register my child in the Texas Department of State Health Services immunization registry and authorize the registry to include my child's information in the registry and to release past, present, and future immunization records on my child to a parent of the child and any of the following:

- public health district or local health department;
- physician or health care provider;
- insurance company, health maintenance organization or payor;
- school or child care facility in which the child is enrolled and/or
- state agency having legal custody of the child.

I understand that I may withdraw the consent to include information on my child in the ImmTrac Registry and my consent to release information from the registry at any time by written communication to the Texas Department of State Health Services, ImmTrac Group – MC 1946, P.O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

**Consentimiento Para Registrar al Niño(a) y Para Poder Dar a Conocer a Entidades Autorizadas el Récord de Inmunizaciones del Niño(a)**

Entiendo y acepto que al autorizar mi consentimiento en la parte inferior, registro a mi niño(a) en el registro de inmunización del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas y autorizo al registro para que incluya la información de mi niño(a) en el registro y que el récord de inmunizaciones de mi niño(a) del pasado, presente y futuro sea dado a conocer a alguno de los padres del niño(a), y a cualquiera de los siguientes:

- distrito de salud pública o departamento de salud local;
- médico o proveedor de atención de salud;
- compañía de seguros, organización para el mantenimiento de salud o pagador;
- escuela o centro de cuidado de niños, en el que el niño(a) está inscrito y/o
- agencia estatal que tenga custodia legal del niño.

Reconozco y acepto que en cualquier momento puedo retirar mi consentimiento de poder incluir la información de mi niño(a) en el Registro ImmTrac, y también retirar mi consentimiento para poder dar a conocer la información del registro, por medio de comunicación escrita dirigida al Texas Department of State Health Services, ImmTrac Group – MC 1946, P.O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

**By my signature below, I GRANT consent for registration. I wish to INCLUDE my child's information in the Texas immunization registry.**  
 Al firmar abajo, YO **AUTORIZO** el consentimiento para registrarlo. Deseo **INCLUIR** la información de mi niño en el registro de inmunización de Texas.

**Parent, legal guardian, or managing conservator:**

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

**Printed Name / Escriba con letra de molde**

**Date / Fecha**

**Signature / Firma**

**Privacy Notification:** With few exceptions, you have the right to request and be informed about information that the State of Texas collects about you. You are entitled to receive and review the information upon request. You also have the right to ask the state agency to correct any information that is determined to be incorrect. See <http://www.dshs.state.tx.us> for more information on Privacy Notification. (Reference: Government Code, Section 552.021, 552.023, 559.003 and 559.004)

**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.state.tx.us> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

**Questions? / ¿Tiene preguntas? (800) 252-9152 • (512) 458-7284 • www.ImmTrac.com**  
**Texas Department of State Health Services • ImmTrac Group – MC 1946 • P.O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347**

Stock No. C-7  
 Revised 08/06/07

**PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac – please fax this signed (by parent) Consent Form to ImmTrac only if the child is not currently registered with ImmTrac.**  
**Fax to: Toll free (866) 624-0180**