

**LOUETTA PEDIATRICS, PLLC**  
**INFORMACIÓN DE PACIENTE**  
(Por Favor Escriba Claramente)

Nombre De Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M F  
APELLIDO, NOMBRE (MM/DD/YYYY)

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_

Teléfono # De Padre: \_\_\_\_\_ Teléfono # De Madre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Nombre de Madre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Si no es padre por favor completar esta sección:

Nombre del guardián legal : \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

**En Caso de Emergencia (distinto padre/madre)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

**Pharmacy**

Pharmacy: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

**Información del Seguro Médico**

Seguraza Primera	Seguraza Secundaria
Seguro: _____	Seguro: _____
ID#: _____ Group# _____	ID#: _____ Group# _____
Dirección: _____	Dirección: _____
Phone#: _____ Fecha de Vigencia: _____	Phone#: _____ Fecha de Vigencia: _____
Seguro Titular: _____	Seguro Titular: _____
Fecha Nacimiento: _____ SS#: _____	Fecha Nacimiento: _____ SS#: _____
Relación con Paciente: _____	Relación con Paciente: _____

Por favor inicial

\_\_\_\_\_ Yo doy permiso para que la foto de mi hijo/a sea usada en el expediente electrónico.

Please initial one:

\_\_\_\_\_ Yo **AUTORIZO** a Louetta Pediatrics que deje resultado de imagen/laboratorio en mi celular o telefono de casa.

\_\_\_\_\_ Yo **NO AUTORIZO** a Louetta Pediatrics que deje resultado de imagen/laboratorio en mi celular o telefono de casa.

Por favor firme abajo que autoriza a Louetta Pediatrics, PLLC que consulte al paciente y que usted autoriza el lanzamiento de la correspondencia o los records médicos a otros doctores implica al paciente. Al firmar usted autoriza pagos médicos, entiende y reconoce que usted es responsable por cargos no cubiertos por la aseguanza. Su firma significa las pólizas de la clínica y la privación de práctica.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

LOUETTA PEDIATRICS, PLLC  
HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE

Nombre de su hijo: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Alergias (medicamento, comida, insectos): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_  
Medicamentos Actúales: \_\_\_\_\_

**A. EMBRAZAO Y NACIMIENTO:**

1. Edad de mamá al nacimiento \_\_\_\_\_
2. ¿Tenía la madre una enfermedad durante el embarazo? S / N  
Liste: \_\_\_\_\_
3. ¿Cualquier medicamentos (otro que vitaminas y hierro) o sustancias como drogas, marihuana, alcohol o cigarrillos? S / N  
Liste: \_\_\_\_\_
4. ¿Cuál fue el peso al nacer? S / N  
Semanas o Meses de Embarazo \_\_\_\_\_  
 Nacimiento Vaginal  Pinzas  Cesárea-razón? \_\_\_\_\_
5. ¿Cuál fue el peso al nacer? \_\_\_\_\_
6. ¿Su bebé pasó el examen de audición de recién nacido? S / N
7. Tuvo el bebé problemas mientras estaba en el hospital: respiración, ictericia, problemas cardiacos, infecciones, alimentación, orinar, defecar etc. S / N  
Liste: \_\_\_\_\_

**B. HISTORIAL MÉDICO:**

1. Fecha del último chequeo \_\_\_\_\_
2. Fecha del último chequeo dental \_\_\_\_\_
3. ¿Cualquier reacción alérgica a medicamentos, alimento o picaduras de insectos? \_\_\_\_\_
4. ¿Cualquier reacción a las vacunas? S / N  
¿Cuales? \_\_\_\_\_
5. ¿Cualquier hospitalización que no sea por nacimiento? S / N
6. ¿Cualquier lesión/cirugía grave/ (O Enfermedades) S / N  
Explique \_\_\_\_\_
7. ¿Medicamentos sin receta que tomen regularmente? S / N

**C. HISTORIAL MÉDICO DE LA FAMILIA**

1. ¿Los padres del niño/a están en buen salud? S / N
2. Circule cualquier enfermedades que tengan los padres, abuelos, hermanos, tías, tíos, etc. Indique la persona afectada:  
Anemia, Asma, Alergias, Diabetes, Alta Presión, SMSL, Colesterol, alto/ triglicéridos, tuberculosis, enfermedad mental, obesidad, VIH/sida, sangrado/moretón, transfusión de sangre, COVID19 drepanocito, hemoglobinopatía, muerte súbita mientras hace ejercicio o mientras dormía, latido del corazón irregular, uso de marcapasos, desorden del tiroides cáncer de \_\_\_\_\_  
Otros desórdenes genéticos \_\_\_\_\_
3. Lista la edad, género y salud de sus hermanos: \_\_\_\_\_

**D. ALIMENTACION Y NUTRICIÓN**

1. ¿Su hijo/a tiene problemas con el apetito? S / N
2. ¿Hubo cólico severo, escupido de leche o algún problema de alimentación inusual los primeros 3 meses? S / N
3. ¿Cualquier intolerancia o idiosincrasia alimentaria? S / N
4. El niño fue amamantado, alimentado con biberón (formula) o ambos? \_\_\_\_\_  
A los cuantos meses le dio leche materna? \_\_\_\_\_
5. Si todavía está tomando formula, que tipo y cuantas onzas en 24 horas \_\_\_\_\_
6. Su hijo/a está tomado leche entera, 1% o 2% leche: \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces al día toma leche? \_\_\_\_\_

**E. REVISIÓN DE LOS SISTEMAS:**

1. ¿Su hijo/a ha tenido frecuente infecciones del oído? S / N
2. ¿Cualquier problema con los ojos? S / N
3. ¿Ha tenido algún problema con sus dientes? S / N
4. ¿Ha tenido dolor de garganta/estreptococo frecuente? S / N
5. ¿Hay alguna neumonía, tos recurrente, asma, alergia? S / N
6. ¿Tiene el ella un soplo cardiaco o algún problema cardiaco? S / N
7. ¿Cualquier problema para orinar? S / N
8. ¿Cualquier problema con diarrea o constipación? S / N
9. ¿Ha habido convulsiones o otros problemas con el sistema nervioso? S / N
10. ¿Cualquier eccema, urticaria o otras condiciones de la piel? S / N
11. ¿Su hijo/a ha sido anémico? S / N
12. ¿Cualquier historial de sangrado o moretón frecuentes? S / N
13. ¿Hubo trastorno o fractura muscular/hueso? S / N  
Alguna fractura parte del cuerpo: \_\_\_\_\_
14. Por favor enumere cualquier otro problema médico: \_\_\_\_\_

**F. DESARROLLO/COMPORTEAMIENTO:**

1. ¿A qué edad se sentó su hijo/a sin apoyo? \_\_\_\_\_
2. ¿A qué edad aprendió su hijo/a a caminar? \_\_\_\_\_
3. ¿Fue capaz de decir alguna palabra a la edad 1 ½ anos? S / N
4. Cómo se compara su hijo/a con otros de su edad? \_\_\_\_\_
5. ¿Tiene el ella algún problema para dormir? S / N
6. ¿En qué grado está el/ella? \_\_\_\_\_
7. ¿Ha tenido algún problema en la escuela? S / N
8. ¿Se lleva bien con otros niños? S / N
9. Circule si su hijo/a tiene cualquier de lo siguientes:  
Morde sus uñas, chupa su dedo, moja la cama, mal carácter, problemas con entrenamiento del baño, hiperactividad,, inatención, pesadillas, problemas de hablar, problemas con disciplina \_\_\_\_\_
10. ¿Ha habido uso de cigarrillos/vape, marihuana, alcohol, drugs? \_\_\_\_\_

**G. MEDIO AMBIENTE**

1. Circule que aplica: Casa privada, apartamento, traila, tejido de alfombra, mascota (\_\_\_\_\_), pintura descascarada, mojo, cucarachas, ratas, insectos
2. ¿Conoces la temperatura de la agua más caliente en tu casa? S / N
3. ¿Hay una alarma de humo que funcione en cada piso de la casa? S / N
4. ¿Su hijo/a usa siempre el asiento/cinturón de seguridad del automóvil cuando está en el automóvil? S / N
5. ¿Hay alguien en la casa que fume (incluye vape), uso de drogas, marihuana o tiene problemas de alcohol? S / N
6. ¿Usa su hijo/a un casco al andar en bicicleta? S / N
7. ¿Su hijo/a asiste una guardería y/o una escuela? S / N
8. Historia de viaje fuera de Estados Unidos \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**H. IMMUNIZACION**

- ¿Esta Actualizada? S / N  
¿Tiene el record? S / N

**I. ÚLTIMO PEDIATRA/ DIRECCIÓN/ TELÉFONO**

**LOUETTA PEDIATRICS, PLLC**  
**CONSENT TO TREAT A CHILD IF NOT BROUGHT IN BY A PARENT**  
**AUTORIZACION PARA SERVICIOS MEDICOS**

PATIENT'S NAME \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_  
*NOMBRE DE PACIENTE* *FECHA DE NACIMIENTO* *FECHA*

I, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (relationship to the child) give my permission as the parent/legal guardian of the above named child to the following persons;

Yo, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (relación al paciente) autorizo como padre/guardián de el niño/a a las siguientes personas;

Name (*Nombre*)

Relationship to Child (*Relacion Paciente*)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**SIBLING INFO (*INFORMACIÓN DE HERMANOS*)**

Please write the name and date of birth of any siblings that also attend the clinic;  
*Por favor escriba el nombre y fecha de nacimiento de los hermanos que asisten a la clínica;*

Name (*Nombre*)

DOB (*Fecha de Nacimiento*)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature  
*Firma del Padre o Guardián*

\_\_\_\_\_  
Date  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
Tel # for Verification  
*Telefono*

## POLIZA DE LA OFICINA LOUETTA PEDIATRICS, PLLC

### POLIZA DE TARDANZA

Por favor llegue 15-30 minutos antes de su cita para verificar su aseguranza y el papeleo que se necesite. Si usted llega más de 15 minutos tarde a su cita, tal vez tendremos que cambiar su cita para otra día o otro horario en el día si es que habrá espacio. También usted tiene la opción de reprogramar la cita.

### CANCELACIONES

Si usted no puede atender su cita, por favor llame a cancelarla dentro 24 horas de la hora de su cita.

### SI NO SE PRESENTA

Si su hijo/a a tenido 3 acumulativos que falta a la cita nosotros reservamos el derecho a descartar el paciente de nuestra práctica. En el evento en que esto suceda, usted recibirá una carta de despido de nuestra oficina dándole a usted 30-días para que encuentre otro proveedor.

### POLIZA DE PACIENTES QUE LLEGUEN SIN CITA

Pacientes que llegan sin cita serán aceptados cuando el horario del calendario lo permite o la severidad de la enfermedad. En todos los casos el paciente será evaluado por una enfermera/doctora y tal vez será referido a la sala de emergencia.

### SERVICIOS DE CONTESTADORA

Si es una emergencia médica por favor llame a 911 o vaya directamente a la sala de emergencia más cercana. Para asuntos que no son emergencias por favor llame durante el horario comercial habituales. Si usted tiene un **ASUNTO URGENTE QUE NO SE PUEDE ESPERAR PARA LOS HORARIOS COMERCIAL HABITUALES, llame a la oficina y será transferido al doctor.** Nosotros apreciamos si usted llama solamente para asuntos urgentes

### EXAMENES DE NIÑOS SANOS

Por favor asegúrese que haga su cita necesaria. Las citas son programadas cada año para niños de 3 años y arriba. Debajo de 3 años los exámenes de niños sanos son después de alta hospitalaria, 2 semanas, 2m, 4m, 9m, 12m, 15m, 18m, 24m, y 30m.

### INMUNIZACIÓN

Louetta Pediatrics cree firmemente en prevención de enfermedad y evitación de la propagación de infección por inmunización. Nosotros animamos a los padres/guardianes que lean sobre las vacuna en aap.org, cdc.gov, o dshtexas.gov. Inmunización exención tendrá que estar llena/submitida a el Dept de Salud de TX si los padres/guardianes optar por no de las inmunización para sus hijos/hijas.

### EL DESPEJE DEPORTIVO

La habilidad para participar en deportes depende en la salud de el paciente y la historia médica de la familia. El despeje deportivo estará pendiente si evaluación/tratamiento y/o referencia si hay asuntos médicos.

### RECETAS

Recetando cualquier medicamento requiere una visita al doctor. Cuando el número de rellenos se acabe, contacte la clínica si el paciente continúa teniendo esa condición que requiere el medicamento. Louetta Pediatrics no responde a las peticiones de rellenos de la farmacia. Medicamentos dados por el pediatra previo no será rellenada inmediatamente los récord médicos tendrá que ser evaluados primero y eso aplica para medicamentos de ADHD/ADD. Para ADHD/ADD medicamento relleno del paciente tendrán que ser vistos por el Dr. cada 4-6 semanas otro psicotrópico no serán rellenada o dadas.

### FORMAS/PREAUTORIZACIÓN

Traiga las formas que se necesitan estar llenas por el médico a la clínica. Puede tomarse de 1-14 días hábiles para completar la solicitud de registros médicos.

### SOLICITUD DE REGISTROS MEDICOS

Una solicitud de registros médicos necesita estar llena antes de poder liberal el récord médico. Copiando tus récords (incluyendo récords de vacuna) requiere una cuota de cuerda a las guías de la junta médica de Texas.

### ASEGURANZA/PAGO/COPAGOS/DEDUCIBLES

Debe presentar una copia de su seguro válido. Usted es responsable por entender los beneficios de la aseguranza del paciente. Si la aseguranza no puede pagar por su servicio, usted tiene la responsabilidad financieros por los servicios dados. Puede pagar en efectivo, cheque, o tarjeta de crédito por cualquier balance antes de recibir su fractura, hay una cuota de \$35 fondos insuficientes. Todos los copagos y deducibles debe pagarse al momento del servicio. Pacientes con un saldo pendiente tendrá que hacer preparativos para el pago antes de que se mire el paciente. A Cuantas de más de 90 días vencido será considerado delincente y referido a una agencia de colecciones.

### ACUERDO DE CUSTODIA Y ATENCIÓN MÉDICA

Los documentos mencionados arriba tendrá que proveer a la primera visita. Cualquier desacuerdo entre familias con respecto al cuidado del niño debe resolverse entre los padres. El padre que autoriza el tratamiento o lleva al niño es responsable del pago. Si un decreto de divorcio requiere el otro padre para pagar todo o parte de los costos del tratamiento, es responsabilidad del padre autorizador recaudar del otro padre.

### EXAMENES Y REFERENCIAS

Usted es responsable por completar su hijo/a's exámenes de laboratorio y seguimiento con especialistas según lo recomendado por el médico. Si su hijo está inscrito en un plan de seguro de atención administrada, debe ser visto por nuestra oficina antes de ver a un especialista. No se darán referencias retroactivas. Nosotros requerimos un aviso de al menos una semana para organizar su referencia para el especialista.

### TELEMEDICINA

Telemedicina se ofrece con cita previa por teléfono o video, pero hay condiciones o enfermedades que no pueden diagnosticarse sin confirmación de exámenes y/o estudios laboratorios. Se le puede pedir a su hijo/ hijos que visite la clínica si es necesario. Si el servicio de telemedicina no es un beneficio cubierto por su seguro o el paciente no es elegible al servicio, el padre/guardián debe aceptar pagar la cuota de la consulta.

### GRABACIONES DE VIDEO Y AUDIO

La grabación de audio, video y el uso de teléfonos celulares están **estrictamente prohibidos** dentro de la oficina

**NOTIFIQUE LA CLÍNICA PARA CUALQUIER CAMBIO EN SU SEGURO, NÚMERO DE TELÉFONO O DIRECCIÓN.**

Le agradecemos sinceramente que elija Louetta Pediatrics para el cuidado de su hijo. Por favor firme abajo reconociendo que comprende la política de nuestra clínica y acepta cumplir.

Nombre De Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

Revisado 6/2020

**Nota de las Practica de Privacidad**

Los usos y las Revelaciones de Tratamiento, el Pago y Información de Operaciones (TPO) de Asistencia de Salud

- 1) **Tratamiento:** Su información de salud puede ser utilizada por los miembros de nuestro personal o revelada a otros profesionales de la salud con el propósito de evaluar la salud de usted, diagnosticar condiciones médicas y empezar el tratamiento apropiado.
- 2) **El pago:** su información de salud puede ser utilizado para solicitar el pago de su plan de salud y otras fuentes de la cobertura. Un proyecto de ley puede ser enviada a usted o a un tercero pagador.
- 3) **La aplicación de la ley:** Su información de la salud puede ser revelada a agencias de aplicación de ley sin su permiso. Apoyamos las auditorias, inspecciones y ley de esfuerzos.
- 4) **Salud publico:** Su información de la salud puede ser revelada a agencias públicas de salud requerida por la ley.
- 5) **Opciones del cuidado de la salud:** El personal médico puede utilizar la información para evaluar la atención y resultados de su caso y los resultados en su caso y otros similares. La información será, en un esfuerzo por mejorar continuamente la calidad y la eficacia de la asistencia sanitaria y el servicio que ofrecemos .

**No- Información de TPO**

Divulgaciones de su información de salud o IRS uso para fines distintos de los indicados en el párrafo anterior requieren nuestra autorización específica por escrito. si cambia de opinión después de la autorización de un uso o divulgación de su información que deberán remitir por escrito la revocación de la autorización.

**Usos Adicionales de Información**

- 1) Recordatorios de cita: Su información será usada para mandarle recordatorios de su cita.
- 2) Información acerca su tratamiento: Su u información será usada para mandarle información sobre el tratamiento sobre su condición.

**Derechos Individuales**

Usted tiene ciertos derechos bajo los estándares federales de privacidad. Esto incluye:

- Derecho a solicitar restricciones sobre el uso y la divulgación de su información protegida
- Derecho a recibir comunicaciones confidenciales sobre su condición médica y tratamiento
- Derecho a inspeccionar y copiar su información protegida de salud
- Derecho a modificar o presentar correcciones a su información protegida
- Derecho de recibir un informe de cómo ya quién protege su información ha sido revelada
- Derecho a recibir una copia impresa de este aviso

Permitido por la ley, la práctica se reserva el derecho de modificar las prácticas de privacidad que se describen. Estos cambios pueden ser requeridos por los cambios en las leyes federales y estatales y los reglamentos. Sea cual sea el motivo de estas revisiones, le proporcionaremos con un aviso en su próxima visita consultaría

He leído esta forma y doy mi permiso a la Clínica a usar o revelar mi información de salud de conformidad con las directrices normativas de HIPPA. He reconocido de esta notificación y recibir una copia firmada de la notificación. I si no se redujo a reconocer este aviso, la práctica no me tratara.

Yo autorizo el pago de mis beneficios médicos a la práctica por los servicios prestados a mí

---

Nombre de Paciente

Fecha de Nacimiento

Padre/Guardián

Fecha

**Louetta Pediatrics, PLLC**  
**Forma de Consentimiento de Telemedicina**

Yo soy el padre/guardián del paciente. Yo estoy de acuerdo en una evaluación de telemedicina. Yo entiendo que puedo retirar mi permiso a cualquier momento. Yo entiendo que si no quiero participar en una sesión de telemedicina seguire una consulta de cara a cara.

Yo doy consentimiento para el paciente que puede ser definido como mí hijo/a que tenga responsabilidad legal, para recibir cuidado y tratamiento en Louetta Pediatrics, PLLC amedrenté de servicios de telemedicina. Yo autorizo la transmisión electrónica de la información médica del paciente (incluye récords médicos, fotos, notas) para evaluación, diagnóstico, tratamiento y facturación. Soy consciente que se aplicará las mismas prácticas de confidencialidad de seguridad de la información.

Yo entiendo que el servicio de telemedicina requiere una cita y los servicios de telemedicina son las horas regulares de la clínica. Yo entiendo que tuviera que llamar a la clínica (281-826-0016) para urgencias médicas o necesidades. Louetta Pediatrics personal no monitorea este sitio por preguntas de urgencia.

Yo entiendo que servicios de telemedicina tienen limitaciones y el paciente tal vez tendrá que venir a la oficina para consultar cara a cara, para exámenes de diagnósticos o laboratorios. Yo reconozco que Louetta Pediatrics proveedor no se hace responsable de los consejos, recomendaciones y/o decisiones basado a los factores no dentro de su control incapacidad para visualizar bien o escuchar partes de cuerpo, distorsiones de imágenes que resulte de la transmisión electrónica, o incompleta/incorrecto datos previsto por pacientes/padres/guardianes y etc.

Yo entiendo que escogiendo a participar en telemedicina, unas partes del examen puede involucrar la prueba física conducida por individuos en mí/ hijo/a locación a la dirección del proveedor de cuidado de la salud de telemedicina.

Yo entiendo que los servicios de telemedicina son limitados o indisponible a resultado de tecnológica o fallos de accesorios. Yo entiendo que será necesario que otros tendrán que estar presentes durante la visita otro que mi hijo/a proveedor de cuidado de salud para funcionar el equipo de video. Estas personas están obligadas a mantener la confidencialidad de toda la información obtenida. Entiendo que existen riesgos importantes para esta tecnología incluyendo interrupciones, acceso no autorizado y dificultades técnicas. Entiendo que el proveedor Louetta Pediatrics o yo podemos suspender la visita de telemedicina de mi hijo/a si consideramos que la conexión de video no es adecuada para la situación.

Yo entiendo que cada niño/a paciente requiere una cita por telemedicina por separado. El proveedor de Louetta Pediatrics no puede seguir con el siguiente paciente hasta que la primera consulta sea terminada. Yo entiendo que al hacer esto cada nota de la llamada y fotos sean admitidas bajo los récords del paciente.

Yo entiendo que si la telemedicina no es cubierta por la aseguranza o si mi hijo no es elegible, Yo como padre/guardián estoy de acuerdo de pagar el costo. Yo también entiendo que si los copagos o deducibles que la aseguranza no cubre tendré que pagar antes del servicio de telemedicina. Yo estoy de acuerdo de hacer el pago por el servicio por teléfono usando tarjeta de crédito antes de el servicio.

\_\_\_\_\_  
Nombre De Paciente

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

Información del contacto para servicio de telemedicina:

# de Celular \_\_\_\_\_

# de Celular alternativo \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

En el consultorio del proveedor de servicios de salud debe mantenerse, durante un mínimo de cinco (5) años, un registro de todos los niños de 18 años de edad o menores que reciban inmunizaciones por medio del Programa de Vacunas para los Niños de Texas (TVFC). Dicho registro lo puede rellenar el padre o la madre, el tutor, el individuo cuyo nombre aparece en el registro, o el proveedor de servicios de salud. En cada visita para inmunización debe determinarse y documentarse el estado de elegibilidad para el TVFC a fin de asegurar que el menor es elegible para el programa. Aunque no se requiere la verificación de las respuestas, es necesario conservar este registro, o uno similar, para cada niño que reciba vacunas bajo el Programa TVFC.

1. Nombre del menor: \_\_\_\_\_  

Apellido
Primer nombre
Inicial del 2.o nombre
2. Fecha de nacimiento del menor: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  

mm
dd
aaaa
3. Padre, tutor o individuo del registro: \_\_\_\_\_  

Apellido
Primer nombre
Inicial del 2.o nombre
4. Nombre del proveedor primario: \_\_\_\_\_  

Apellido
Primer nombre
Inicial del 2.o nombre
5. Para determinar si un menor (de 0 a 18 años de edad) es elegible para recibir vacunas federales por medio del Programa TVFC, en cada cita o visita para inmunización anote la fecha y marque la categoría de elegibilidad apropiada. Si marca una columna de la A a la F, el menor es elegible para el Programa TVFC. Si marca la columna G, el menor no es elegible para las vacunas federales VFC.

Fecha	Elegible para las vacunas VFC				Elegible con programa estatal		No elegible
	A	B	C	D	E	F	G
	Inscrito en Medicaid	No tiene seguro médico	Indoamericano o nativo de Alaska	* Con seguro insuficiente, recibe atención de un FQHC, una RHC, o un proveedor delegado	** Otras situaciones de seguro insuficiente	*** Inscrito en el CHIP	Tiene seguro médico que cubre vacunas

**Medicaid:**

Número de Medicaid: \_\_\_\_\_

Fecha de elegibilidad: \_\_\_\_\_

**CHIP:**

Número de CHIP: \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_

Fecha de elegibilidad: \_\_\_\_\_

**Seguro privado:**

Nombre de la aseguradora: \_\_\_\_\_

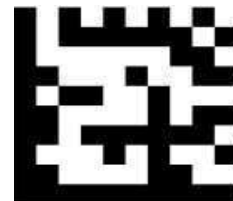
Nombre del seguro: \_\_\_\_\_

Número de contacto de la aseguradora: \_\_\_\_\_

Número de póliza o del asegurado: \_\_\_\_\_



REGISTRO DE INMUNIZACIÓN (ImmTrac2) FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA MENORES



(Favor de escribir claramente con letra de molde)

Grid for last name

Apellido del Niño(a)

Grid for first name

Nombre del Niño(a)

Grid for second name

Segundo Nombre del Niño(a)

Grid for birth date

\*Solamente niños menores de 18 años.

Género: Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento del Niño(a)

Grid for address

Dirección del Niño(a), Calle

Grid for apartment

Apartamento #

Grid for phone

Teléfono

Grid for city

Ciudad

Grid for state

Estado Código Postal

Grid for county

Condado

Grid for mother's name

Nombre de la Madre

Grid for mother's last name

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).

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").

- 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, ImmTrac 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.

¿Tiene preguntas? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • www.ImmTrac.com
Texas Department of State Health Services • ImmTrac 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.