



Leigh Ann Ware, RN, CPNP, PC
109 North Smith Street- Pleasanton, Texas 78064
Office: 830-281 -8367 Fax: 830-569-8626
www.buildingblockspeds.com

Where God Guides God Provides

INFORMACIÓN

Paciente Apellido _____ Primer Nombre _____
Fecha de Nacimiento _____ SS# _____ Sexo: () M () F
Raza: Por favor marque todas las que apliquen: ___ Indio Americano/nativo de Alaska ___ Asiático de americano
___ Africano/negro ___ Blanco/blanco ___ Nativo hawaiano/pacífico Islandés
___ desconocido
Grupo étnico: ___ Hispánicos ___ Non-Hispánico idioma primario: ___ Inglés ___ Español ___ otro (lista)

Madre/tutor: Apellido _____ Primer Nombre _____
DOB _____ SS# _____ Apellido de Soltera _____
Teléfono principal _____ Teléfono secundario _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal: _____
Empleador _____ Teléfono # _____
¿Si lo guarda, tiene poder de este niño? ___N ___Y (adjuntar copia)

Padre/tutor: Apellido _____ Primer Nombre _____
DOB _____ SSN# _____
Teléfono principal _____ Teléfono secundario _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal: _____
Empleador _____ Teléfono # _____
¿Si lo guarda, tiene poder de este niño? ___N ___Y (adjuntar copia)

A seguridad primario _____ Nombre del Asegurador _____
ID# _____ Asegurador DOB _____

A seguridad secundario _____ Nombre del Asegurador _____
ID# _____ Asegurador DOB _____

¿Cómo se enteró acerca de nuestra oficina _____
Otros hermanos inmediato familiares _____
Farmacia Preferida _____ Teléfono _____

Consentimiento de tratamiento para la liberación de información de menor:
Por la presente autorizo los siguientes listados abajo para llevar a mi hijo para examen o tratamiento o liberación de
información ya sea en persona o vía telefónica por Building Blocks Pediatrics.

Nombre _____ Relación _____
Nombre _____ Relación _____
Nombre _____ Relación _____

Autorización de tratamiento/pago
Autorizo a Leigh Ann Ware, RN, CPNP, PC dba Building Blocks Pediatría para proveer tratamiento y servicios a los
nombres anteriores. Doy mi consentimiento a la publicación de información sobre el examen o tratamiento para
efectos del seguro y recibir pago directo para los beneficios pagaderos a mí por los servicios prestados.

Firma del Padres/Tutor Legal _____ Fecha _____



Leigh Ann Ware, RN, CPNP, PC
109 North Smith Street- Pleasanton, Texas 78064
Office: 830-281 -8367 Fax: 830-569-8626
www.buildingblockspeds.com

Where God Guides God Provides

Notificación de mensajes de texto

Si desea recibir sus recordatorios vía mensajería (mensaje pueden aplicar tarifas), en lugar de llamadas de teléfono de texto, por favor indique a continuación:

___ Texto ___ Sólo voz

Celular # _____

<< Texto **BBP** a 622622 a optar por ahora >>

Aviso de prácticas de privacidad

**Health Insurance Portability
y Accountability Act (HIPAA)**

He revisado aviso de prácticas del esta oficina de privacidad, que explica cómo se usarse y divulgarse información médica de mi o mi hijo. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento.

Aviso de la oficina política

- Es necesario presentar la tarjeta del seguro actual (pediatra).
- Vencen los pagos por servicios en el momento del check-in (copagos, coaseguros, casos de dinero en efectivo, etc.).
- Servicios solicitados por paciente/tutor/padre que podrían no estar cubierto bajo la cobertura del seguro médico del paciente (es decir: decididos a no ser razonable o médicamente necesario) será la responsabilidad financiera del paciente/tutor/padre.
- Vencida cuenta (s) debe estar en pago regular (arregló con Facturador y señaló en la carta) o pago completo antes de programar una cita con el futura. Esté preparado para tener su cita dispensa reprogramado o cancelado por incumplimiento de esta obligación mantener si no se paga, a menos que se han hecho arreglos con facturación antes de la próxima cita de su hijo.
- Registros médicos se publicará previa solicitud por escrito. Si el paciente cuenta tiene un pasado debido equilibrio, debe ser pagada en su totalidad antes de registros médicos serán liberados.
- Formularios médicos trajeron a la hora de su cita o después a ser completados dentro de 10 días hábiles.
- Receta relleno solicitud será procesada no más tarde de 5 días hábiles desde la fecha de solicitud.
- Retorno a la escuela/trabajo y solicitud de prescripción después de su nombramiento será procesada dentro de 48 horas a partir del día que solicitas.
- Perdido citas o cancelaciones con menos de 24 horas de aviso será aplicará un cargo de presentarse de 10 dólares, pagadero por el padre o tutor del paciente. Cargará tasas deben pagarse antes de las futuras citas pueden hacerse. Esta tarifa no está cubierta por su seguro.

Reconocimiento de revisión del aviso de prácticas de privacidad y las políticas de la oficina

Impreso nombre del paciente

La firma del paciente (si es más de 18)

Nombre impreso del Padre/Tutor Legal

Firma del Padre/Tutor Legal

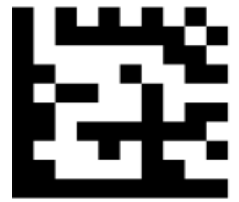
Relación con el paciente

Fecha



Texas Department of State Health Services

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 and zip

Estado Código Postal 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, ImmTrac2 Group – MC 1946, P. O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

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

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

Al rellenarlo, mándelo por fax o correo postal al Grupo ImmTrac2 del DSHS o a un proveedor de salud inscrito.

¿Tiene preguntas? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • www.ImmTrac.com
Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac2: Please enter client information in ImmTrac2 and affirm that consent has been granted. DO NOT fax to ImmTrac2. Retain this form in your client's record.



Leigh Ann Ware, RN, CPNP, PC
 109 N. Smith Street - Pleasanton, TX 78064
 Office: (830) 281-8367 - Fax: (830) 569-8626

Where God Guides, God Provides

AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE LOS REGISTROS MÉDICOS

Revised 11/2013

Sección A: Esta sección debe ser completado por todos Autorización

Nombre del paciente:	DOB:	Social Sec. Núm. (opcional):
----------------------	------	------------------------------

Sección B: Los registros que se han liberado De

Nombre del centro/de practica/de medico:

La direccion:

Ciudad	Estado	Zip
--------	--------	-----

Telefono:	Fax:
-----------	------

Motivo(s) /fin(s) de la divulgación:

Solicito la siguiente información:

Registro completo
 Registros de atencion para las siguientes fechas: _____ a _____
 Otros (especifique): _____
 Conferir oralmente con empleados de la instalacion con nombre sobre mi informacion medica

Tengo entendido que:

1. El historial médico pueden contener copias de la información proveniente de otro centro de salud o proveedor
2. ME autorizó la publicación de esta información a la denominada parte
3. El historial médico pueden contener resultados de anticuerpos al VIH (SIDA) pruebas de diagnóstico, tratamiento de problemas de salud mental, el ensayo/tratamiento de las enfermedades transmisibles, las pruebas de/tratamiento de uso de drogas o alcohol
4. Autorizo la transmisión de FAX de los registros médicos
5. Mi tratamiento, pago, inscripción o la elegibilidad para beneficios sólo podrá efectuarse de la firma de esta forma
6. I puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto sobre las medidas que tome antes de recibiendo la revocación.
7. Si el solicitante o el receptor no es un plan de seguro médico o proveedor de atención médica, la información puede no ser ya protegidos por normas federales de privacidad y puede ser redisclosed.
8. Tengo entendido que puedo ver y obtener una copia de la información descrita en este formulario, para un honorario razonable copia, si le pido

Sección C: Enviar registros a

BUILDING BLOCKS PEDIATRICS Leigh Ann Ware, RN, CPNP, PC 109 N. Smith Street/PO Box 947 Pleasanton, TX 78064		Telefono: (830) 281-8367 Fax: (830) 569-8626
---	--	---

Sección D: Signatura

Lo he leído por encima y autorizar la divulgación de la información de salud protegida en señalado.

Firma del paciente/Tutor Legal	Fecha:
--------------------------------	--------

Imprimir Nombre del paciente/Tutor Legal	Relacion al paciente:
--	-----------------------

Esta autorización caducará 180 días a partir de la fecha I firmar este formulario o en mi solicitud por escrito de revocar esta autorización