



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: ___ Hispanos ___ 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 _____



BB Pediatrics PC
dba Building Blocks Pediatrics
 109 North Smith Street- Pleasanton, Texas 78064
 Office: 830-281 -8367 Fax: 830-569-8626

Paciente: _____

DOB: _____

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



Paciente: _____ **DOB:** _____

Historia Social

1. 1. Enumere todos los miembros actuales del hogar y verifique la relación con el paciente.

Madre: _____	<input type="radio"/> Biológica	<input type="radio"/> Adoptiva	<input type="radio"/> Alentar	<input type="radio"/> Paso
Padre: _____	<input type="radio"/> Biológico	<input type="radio"/> Adoptivo	<input type="radio"/> Alentar	<input type="radio"/> Paso
Sibling: _____	<input type="radio"/> Biológico	<input type="radio"/> Adoptivo	<input type="radio"/> Alentar	<input type="radio"/> Paso
Sibling: _____	<input type="radio"/> Biológico	<input type="radio"/> Adoptivo	<input type="radio"/> Alentar	<input type="radio"/> Paso
Sibling: _____	<input type="radio"/> Biológico	<input type="radio"/> Adoptivo	<input type="radio"/> Alentar	<input type="radio"/> Paso
Other: _____	<input type="radio"/> Biológico	<input type="radio"/> Adoptivo <input type="radio"/> Adoptivo	<input type="radio"/> Alentar	<input type="radio"/> Paso

2. 2. Si es adoptado/foster/paso marcado arriba, ¿sabe este niño? Sí No
3. 3. ¿Ha habido algún acontecimiento importante en la vida en el último año? _____
4. ¿Ambos padres residen en la misma dirección que el paciente? Sí No
 Si ambos padres no residen en la misma dirección que el paciente...
- ¿Cuál es la situación de vida?
 La custodia compartida Custodia única Padres adoptivos Vive con padres adoptivos
 - Otro: _____
 - Nombre del padre que no reside en la misma dirección que el paciente: _____
 - Cualquier participación de una agencia externa (Y/N) _____
5. Cualquier mascota (tipo)? _____ Adentro (#) _____ Al aire libre (#) _____
6. ¿Hay algo más que debamos saber sobre la estructura de su familia?: _____
7. Cualquier fumador en el hogar (Y/N); (Adentro / Al aire libre) _____
8. Asistencia a la escuela/guardería: _____ Grado actual: _____
9. ¿Qué tiene su hijo que lo hace sentir orgulloso de él/ella? _____

Historial de nacimiento (SÓLO si el paciente nuevo tiene 3 años o menos)

Peso de nacimiento _____ Preg# _____ la edad de mamá _____ Entrega: Vaginal? Cesárea?

Nació el bebé a tiempo (Y / N) Early? _____ Late? _____ Si es cesárea, ¿por qué?? _____

Si es temprano, cuantas semanas? _____ ¿Tuvo su bebé problemas después del nacimiento?? (Y / N)

¿Tuvo la madre algún problema con el embarazo?? (Y / N) Explicar: _____

Explicar: _____

Durante el embarazo, la madre:

Fumar (Y / N) Beber alcohol (Y / N) Fue alimentación inicial: La leche materna Fórmula

Usar drogas/medicamentos (Y / N) ¿Se fue su bebé a casa con la madre?: (Y / N)

Qué _____ Cuando _____ Explicar: _____



Paciente: _____ **DOB:** _____

Historial actual y pasado del paciente

- ¿Está su hijo tomando actualmente algún medicamento? Y N Explicar _____
- ¿Su hijo tiene alguna enfermedad grave o crónica? Y N Explicar _____
- ¿Su hijo ha tenido lesiones graves o accidentes? Y N Explicar _____
- ¿Su hijo ha tenido alguna cirugía? Y N Explicar _____
- ¿Su hijo ha sido hospitalizado? Y N Explicar _____
- ¿Es su hijo alérgico a algún medicamento o droga? Y N Explicar _____
- ¿Su hijo ha tenido alguna reacción a las inmunizaciones? Y N Explicar _____

¿Su hijo tiene, o alguna vez tuvo:

- Asma, bronquitis o neumonía Y N Explicar _____
- Alergias nasales o eccema Y N Explicar _____
- Infecciones de oído frecuentes Y N Explicar _____
- Problemas con los oídos o la audición Y N Explicar _____
- Problemas con los ojos, la visión o los dientes Y N Explicar _____
- Dolores de cabeza frecuentes Y N Explicar _____
- Dolor abdominal frecuente Y N Explicar _____
- Estreñimiento que requiere visitas al médico. Y N Explicar _____
- Orinar la vejiga o la cama (después de 5 años) Y N Explicar _____
- Cualquier problema cardíaco o soplo cardíaco Y N Explicar _____
- Anemia o problema de sangrado Y N Explicar _____
- Tiroides u otro problema endocrino Y N Explicar _____
- Diabetes Y N Explicar _____
- ADD / ADHD Y N Explicar _____
- Problemas de salud mental (ansiedad, depresión) Y N Explicar _____
- Uso de alcohol o drogas Y N Explicar _____

Cualquier otro asunto/problema médico o de salud mental: _____

- ¿Su hijo ve algún especialista? Y N Explicar _____
- ¿Por qué motivo o diagnóstico?: _____
- ¿Ha recibido su hijo alguna vez Terapia Ocupacional Y N Explicar _____
 Fisioterapia o Terapia del Habla?
- ¿Está su hijo en clases especiales en la escuela? Y N Explicar _____
- Inquietudes sobre problemas adicionales no enumerados anteriormente: _____

Antecedentes médicos familiares (padres, hermanos, abuelos)

¿Algún miembro de la familia ha tenido lo siguiente:

- | | |
|---|---|
| Abuso de alcohol/drogas <input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N Who _____ | Corazón <input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N Who _____ |
| Alergias <input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N Who _____ | Hipertensión <input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N Who _____ |
| Riesgo de anestesia <input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N Who _____ | Lípidos <input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N Who _____ |
| Artritis <input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N Who _____ | Trastorno neurológico <input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N Who _____ |
| Enfermedad de la sangre <input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N Who _____ | Psiquiatría <input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N Who _____ |
| Cáncer <input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N Who _____ | Oftalmología <input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N Who _____ |
| Diabetes <input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N Who _____ | Respiratorio/a <input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N Who _____ |
| Genético/a <input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N Who _____ | Piel <input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N Who _____ |
| Gastroenteritis <input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N Who _____ | Ataque <input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N Who _____ |
| Genitourinario/a <input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N Who _____ | Tiroides <input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N Who _____ |

Antecedentes familiares/comentarios adicionales _____



Texas Department of State Health Services

REGISTRO DE INMUNIZACIÓN DE TEXAS (ImmTrac2)

Consentimiento para menores de edad



Si el cliente es menor de 18 años, uno de los padres, el tutor legal o el titular de la custodia debe firmar este formulario.

Primer nombre del menor _____ Segundo nombre del menor _____ Apellido del menor _____

Sexo del menor: Femenino Masculino
 Fecha de nac. del menor (mm/dd/aaaa) _____ Teléfono _____ Correo electrónico _____

Dirección del menor _____ Núm. de apartamento o edificio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado _____

Nombre de la madre _____ Apellido de soltera _____

Raza (seleccione todos los que correspondan): <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Se negó a contestar			<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Otro		Grupo étnico (seleccione solo una): <input type="checkbox"/> Hispánico o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino <input type="checkbox"/> Otro
---	--	--	---	--	--

El Registro de Inmunización de Texas (ImmTrac2), es un servicio gratuito del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS) de Texas. Se trata de un servicio seguro y confidencial que consolida y guarda los registros de vacunación de su hijo (hasta los 18 años de edad). Con su debida autorización, la información de las vacunas que recibe su hijo se incluirá en el Registro de Inmunización de Texas. Médicos, departamentos de salud pública, escuelas y otros profesionales autorizados pueden tener acceso a esta información para verificar que no falten vacunas importantes. Para más información consulte la sección 161.007 (d) del Código de Salud y Seguridad de Texas en <https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/btm/HS.161.htm#161.007>.

Consentimiento para incluir en el registro a un menor y para divulgar sus datos a las entidades autorizadas
 Entiendo que, al dar aquí mi consentimiento, autorizo la divulgación de mis datos de vacunación al DSHS, y entiendo además que el DSHS incluirá esta información en el Registro de Inmunización de Texas. Una vez que los datos de las vacunas de mi hijo estén en el Registro de Inmunización de Texas, las siguientes entidades tendrán, por ley, acceso a ella: un distrito de salud pública o departamento de salud local, por razones de salud pública, dentro de sus zonas de jurisdicción; un médico u otro proveedor de salud legalmente autorizado para aplicar vacunas, como parte del tratamiento al menor como su paciente; una dependencia estatal que tenga la custodia legal del niño; una escuela o guardería en la que el niño esté inscrito; un pagador autorizado por el Departamento de Seguros de Texas para operar en Texas lo relacionado con la cobertura del menor. Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento, llenando y enviando el formulario Withdrawal of Consent al Texas Immunization Registry del Texas Department of State Health Services.

La ley estatal permite la inclusión de los registros de vacunación de los socorristas y sus familiares directos en el Registro de Inmunización de Texas. Se define como "socorrista" al empleado de la seguridad pública o voluntario cuyas funciones incluyen el responder rápidamente a una emergencia médica. Se define como "familiar directo" a los padres, cónyuges, hijos o hermanos que viven en el mismo hogar que el socorrista. Para más información, consulte la sección 161.00705 del Código de Salud y Seguridad de Texas. <https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/btm/HS.161.htm#161.00705>.

Marque la casilla de abajo para indicar si su hijo es familiar directo de un socorrista.
 Soy FAMILIAR DIRECTO de un socorrista.

Con mi firma a continuación, DOY mi consentimiento para el registro. Deseo INCLUIR los datos de mi hijo en el Registro de Inmunización de Texas.

El padre o madre, tutor legal o titular de la custodia:
 Nombre escrito a mano _____ Firma _____ Fecha _____

Aviso de confidencialidad: Con ciertas excepciones, usted tiene derecho a solicitar y recibir información sobre los datos que el estado de Texas recabe sobre usted. Usted tiene derecho a recibir y revisar la información si así lo solicita. También tiene derecho a pedir que la dependencia estatal corrija cualquier información que se determine que es incorrecta. Consulte el sitio <http://www.dshs.texas.gov> para más información sobre el aviso de confidencialidad. (Fuente: Código gubernamental, secciones 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

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

Questions? Tel: (800) 252-9152 • Fax: (512) 776-7790 • <https://www.dshs.texas.gov/immunize/immtrac/>
 Texas Department of State Health Services • Immunizations • Texas Immunization Registry – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347



BB Pediatrics PC
dba Building Blocks Pediatrics
 109 North Smith Street- Pleasanton, Texas 78064
 Office: 830-281 -8367 Fax: 830-569-8626

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS

Section A: This section must be completed for all Authorization		
Patient Name:	Birth Date:	
Section B: Records to be released FROM		
Physician/Practice/Facility Name:		
Address:		
City	State	Zip
Phone:	Fax:	
Reason(s)/Purpose(s) of disclosure:		
I request the following information:		
<input type="checkbox"/> Complete Record <input type="checkbox"/> Records of Care for the following dates: _____ to _____ <input type="checkbox"/> Other (please specify): _____ <input type="checkbox"/> Confer orally with employees from the named facility about my medical information		
I understand that: <ol style="list-style-type: none"> 1. The medical record may contain copies of information from another healthcare facility or provider 2. I authorized the release of this information to the named party 3. The medical record may contain results of HIV antibody (AIDS) testing, testing or treatment of communicable diseases, treatment of mental health problems, testing for or treatment of drug or alcohol use or abuse 4. I authorize the FAX transmission of the medical records 5. My treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits may not be conditioned on signing this authorization 6. I may revoke this authorization at any time in writing, but if I do, it will not have any affect on any actions taken prior to receiving the revocation. 7. If the requestor or receiver is not a health plan or health care provider, the released information may no longer be protected by federal privacy regulations and may be redisclosed. 8. I understand that I may see and obtain a copy of the information described on this form, for a reasonable copy fee, if I ask for it. 		
Section C: Send records to		
BUILDING BLOCKS PEDIATRICS 109 N. Smith Street Pleasanton, TX 78064 Phone: (830) 281-8367 Fax: (830) 569-8626		
Section D: Signatures		
I have read the above and authorize the disclosure of the protected health information at stated.		
Signature of Patient/Legal Guardian	Date:	
Print Name of Patient/Legal Guardian	Relationship to Patient:	
This authorization will expire 180 days from the date I sign this form or at my written request to revoke this authorization		