

Garland Pediatric Practice- REGISTRO de Paciente
6448 Broadway Blvd-Garland, Texas 75043

_____ **Hombre** _____ **Mujer** _____

Apellido _____ Nombre _____

Fecha De Nacimiento

Seguro social _____ / /
Mes Dia Año

Quien lo recomendó? _____

Correo Electronico _____

Domicilio _____ Calle _____ Apt _____ (____) _____ - _____
Telefono

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____ (____) _____ - _____
Telefono Celular

Nombre de Madre: _____
apellido nombre

Fecha de nacimiento: _____ / /
Mes Dia Año

Nombre de Padre: apellido nombre

Fecha de nacimiento _____ / /
Mes Dia Año

En Caso de Emergencia:

Apellido _____ Nombre _____ Relacion al paciente _____ (____) _____ - _____
Telefono

Farmacia y Ciudad donde esta localizada _____ / _____

TENGO SEGURO MEDICO • FAVOR PRESTARNOS SUS TARJETAS DE IDENTIFICACION Y SEGURO

Yo autorizo a Garland Pediatric Practice a prestar atención medica a mi hijo(a). Yo autorizo el pago directo de beneficios medicos a Garland Pediatric Practice por servicios medicos otorgados. Comprendo que soy responsable por cualquier balance de cuenta que mi seguro no cubra. Autorizo a Garland Pediatric Practice a ceder cualquier informacion medica o pertinente necesaria para el cuidado medico o para procesar aplicaciones de beneficios financieros. Certifico que la informacion en esta planilla esta correcta. Autorizo la cession de informacion que sea requerida por la compania de seguros. Pido que pagos de beneficios sean hechos en mi nombre (Padres de Paciente).

NO TENGO SEGURO MEDICO • FAVOR DE PRESENTAR SU TARJETA DE IDENTIFICACION

Notificacion de Procedimientos de Privacidad: Yo he recibido la Notificacion de procedimientos de Privacidad de Garland Pediatric Practice.

Le doy permiso a los médicos de Garland Pediatric Practice para tener acceso a historial de recetas de las farmacias. Confirmo que la información contenida en esta planilla de registro es correcta.

Firma _____ **Fecha** _____

Garland Pediatric Practice
AUTORIZACION PARA EL ENVIO DE
INFORMACION MEDICA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Yo autorizo que la siguiente entidad entregue los archivos medicos de mi hijo(a)

Nombre del hospital/clinica/medico/etc.: _____

Direccion/Ciudad/Estado/Codigo Postal): _____

Numero de Telefono o Fax: _____

A la clínica:

Garland Pediatric Practice – 6448 Broadway Blvd Phone:972-216-8500 (Phone#:972-216-8500 and Fax#:972-216-8521)

Para el proposito de:

___ prueba de vacunas

___ continuar cuidado

___ revision de seguro

Otro: _____

La informacion que sera enviada es de la siguiente fecha(s): _____

E incluye:

___ Archivo medico completo, incluyendo enfermedades y/o tratamientos

___ Archivo medico limitado, solo informacion con el siguiente contenido: _____

Tambien yo SI AUTORIZO / NO AUTORIZO (circule una opcion y ponga iniciales aqui:_) que la siguiente informacion sea enviada: informacion relacionada a estudios o tratamientos psicologicos/psiquiatricos, biorretroalimentación, diagnosticos/tratamientos de abuso de alcohol y/o drogas, examenes de VIH (SIDA). Yo, el padre/tutor legal, acepto que una fotocopia o facsimil (fax) de esta autorizacion puede ser considerada valida; esta autorizacion sera valida por 120 dias despues de la fecha de firma y que esta autorizacion puede revertirse por escrito en cualquier momento antes de la fecha de expiracion.

Entiendo que cuando la información se usa o divulga de acuerdo con esta autorizacion, puede estar expuesta a que el destinatario la vuelva a divulgar y ya no este protegida. Por este medio, libero a Garland Pediatric Practice de todas las responsabilidades y daños resultantes de este envio legal de mi informacion medica protegida.

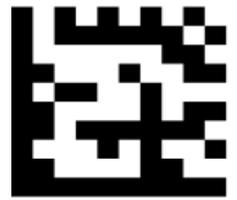
Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Relacion al paciente (**circule una**): paciente / madre / padre / tutor legal



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

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, 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.

Garland Pediatric Practice Declaración de Política

Creemos firmemente en la eficacia de las vacunas para prevenir enfermedades graves y salvar vidas.

Creemos firmemente en la seguridad de nuestras vacunas.

Creemos firmemente que todos los niños y adultos jóvenes deben recibir todas las vacunas recomendadas según el cronograma publicado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y la Academia Estadounidense de Pediatría.

Creemos firmemente, con base en toda la literatura disponible, la evidencia y los estudios actuales, que las vacunas no causan autismo u otras discapacidades del desarrollo.

Creemos firmemente que el timerosal, un conservante que ha estado en las vacunas durante décadas y permanece en algunas vacunas, no causa autismo ni otras discapacidades del desarrollo.

Creemos firmemente que vacunar a niños y adultos jóvenes puede ser la intervención de promoción de la salud más importante que realizamos como proveedores de atención médica y que ustedes pueden realizar como padres/cuidadores.

Las vacunas recomendadas y el calendario de vacunas son el resultado de años y años de estudios científicos y recopilación de datos sobre millones de niños por parte de miles de nuestros científicos y médicos más brillantes. Dicho esto, reconocemos que siempre ha habido y probablemente siempre habrá controversia en torno a la vacunación.

Por lo tanto, si se niega rotundamente a vacunar a su hijo a pesar de todos nuestros esfuerzos, le pediremos que busque otro proveedor de atención médica que comparta sus puntos de vista. No mantenemos una lista de dichos proveedores, ni recomendaremos a ningún médico. Por favor, reconozca que al no vacunarse, está poniendo a su hijo en un riesgo innecesario de enfermedades y discapacidades que amenazan la vida e incluso la muerte.

Como profesionales médicos, creemos firmemente que vacunar a su hijo a tiempo con las vacunas actualmente disponibles es absolutamente lo correcto para proteger a todos los niños y adultos jóvenes.

No dude en discutir cualquier pregunta o inquietud que pueda tener sobre las vacunas con cualquiera de nosotros. **Gracias por tomarse el tiempo de leer esta política.**

Yo _____ he leído y reconocido la política anterior y estoy de acuerdo en cumplir con la política de vacunas de la clínica.

Firma _____

fecha _____