**REGISTRO DE NUEVO** **PACIENTE PEDIÁTRICO**

| Información del Paciente | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Apellidos** | **Nombre** | **Segundo Nombre** | **Correo Electrónico:** | |
| **Dirección:** | | **Ciudad** | **Estado** | **Código Postal** |
| **Teléfono de Casa #** | | **Sexo**<br>**Masculino Femenino** | | |
| **Fecha de Nacimiento**<br>____ / ____ / _____ | **Edad** | **Etnia: Hispano No Hispano** | | |
| ¿Cuál categoría describe mejor su **raza**?<br>Indígena Americano/Nativo de Alaska Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico Negro o Afroamericano Blanco Asiático Hispano/Latino<br>Otro | | **Idioma Preferido**<br>**Inglés Español Lenguaje de Señas o Ayuda Auxiliar Otro** | | |
| **Información del Padre/Madre/Tutor (Tutor con Custodia)** | | | | |
| **Parentesco del Tutor con el Paciente** | | **Seguro Social (SSN) del Tutor:** | | |
| **Apellidos** | **Nombre** | **Segundo Nombre** | **Fecha de Nac.: ____ / ____ / _____** | |
| **Dirección (Calle o Apartado Postal)** | | **Ciudad** | **Estado** | **Código Postal** |
| **Teléfono de Casa #** | | **Correo Electrónico:** | | |
| **Padre/Madre/Tutor #2** | | | | |
| **Parentesco del Tutor con el Paciente** | | **Seguro Social (SSN) del Tutor:** | | |
| **Apellidos** | **Nombre** | **Segundo Nombre** | **Fecha de Nac.: ____ / ____ / _____** | |
| **Dirección (si es diferente)** | | **Ciudad** | **Estado** | **Código Postal** |

| | |
|---|---|
| **Teléfono de Casa #** | **Correo Electrónico:** |
| Información de la **Farmacia** Preferida<br>Nombre: _____<br>Dirección: _____<br>Teléfono: _____ | ¿Cómo se **enteró** de nosotros?<br>Familiar/Amigo Seguro Médico Internet/Sitio Web<br>Ubicación/Pasé por el lugar Periódico/Revista Radio TV<br>Evento Comunitario Otros<br>Especifique otros:<br>---------- |

**Información del Seguro (Seguro Primario)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre de la Compañía de Seguros:** | | **Nombre del Titular de la Póliza:** | |
| **Póliza #** | **Grupo #** | **SSN del Titular:** | **Fecha de Nac.: ____ / ____ / _____** |
| **Dirección del Titular de la Póliza** | | **Ciudad** | **Estado** / **Código Postal** |
| **Teléfono del Titular #:** | | **Parentesco del Titular con el Paciente:** | |

**Información del Seguro (Seguro Secundario)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre de la Compañía de Seguros:** | | **Nombre del Titular de la Póliza:** | |
| **Póliza #** | **Grupo #** | **SSN del Titular:** | **Fecha de Nac.: ____ / ____ / _____** |
| **Dirección del Titular de la Póliza** | | **Ciudad** | **Estado** / **Código Postal** |
| **Teléfono del Titular #:** | | **Parentesco del Titular con el Paciente:** | |

- **Por favor indique la persona que desea designar como Contacto de Emergencia** en caso de que ocurra una situación de emergencia mientras se encuentre en nuestra(s) oficina(s):

Nombre: _____ Teléfono de Contacto: _____

Gracias por elegir a Kidsville Pediatrics como el pediatra de su hijo(a). Como uno de nuestros pacientes, deseamos que usted conozca nuestras políticas financieras. Una vez que haya leído cuidadosamente lo siguiente, por favor firme este documento y devuélvalo al personal de nuestra oficina.

- La mayoría de los planes tienen deducibles, coseguros y/o copagos que son su responsabilidad exclusiva al momento de su visita. **Los copagos deben pagarse al momento en que se prestan los servicios.** El padre, madre, abuelo(a), tutor o niñera que acompañe al paciente es responsable del pago total al momento del servicio. Los copagos que no se cobren al momento de la visita tendrán un cargo de $10.00 adicional al monto del copago.
- Al llegar, debe presentar su tarjeta de seguro más reciente en cada cita. Si la compañía de seguros que presenta es incorrecta, usted será responsable del pago total del costo de la visita y deberá enviar los cargos al plan correcto.
- El adulto que presente a un menor para examen o tratamiento debe presentar una identificación válida emitida por el gobierno al momento del registro. Si el adulto acompañante no es el padre, madre o tutor legal del niño(a), debe informarlo a la práctica y proporcionar documentación que acredite la autorización para acompañar al niño(a) y/o consentir al tratamiento, incluyendo, entre otros, una autorización por escrito de un padre, madre o tutor legal, una orden judicial, documentación de tutela u otra documentación aceptable para la práctica. No proporcionar una identificación satisfactoria o comprobante de autorización puede resultar en demora, reprogramación o negación del tratamiento no urgente.
- Ciertos seguros requieren que usted seleccione un Médico de Atención Primaria (PCP). Por favor llame a su seguro antes de la visita y seleccione a nuestro pediatra como su PCP. **Si no han sido notificados, usted podría ser financieramente responsable de esta visita y/o su cita deberá ser reprogramada.**
- Los saldos del paciente y de sus hermanos vencen al momento de la cita. Su cita puede ser reprogramada si su saldo no está pagado en su totalidad o incluido en un plan de pago creado por Kidsville Pediatrics.
- Si nuestros médicos no están dentro del panel de su seguro, o si usted no tiene seguro, se requiere el **pago total** de los servicios prestados al momento de la visita. Para citas que ya han sido programadas, todos los saldos previos deben pagarse antes de ser atendido.
- MyChart es obligatorio.
- Los saldos del paciente se facturan inmediatamente una vez que nuestra oficina recibe la explicación de beneficios (EOB) de su plan de seguro. **Su pago vence dentro de los 10 días hábiles posteriores a la recepción de su factura.**
- Si no puede asistir a su cita programada, requerimos que se comunique con nuestra oficina dentro de las **24 horas** previas a su cita para reprogramar o cancelar. Esto nos permite atender a otro paciente que necesite esa cita. Si no se comunica con nosotros dentro de las 24 horas, cobraremos un cargo de $50.00 por cada niño(a) programado para una visita de pediatría de atención primaria (de niño sano, por enfermedad o de consultorio). Además, si no se comunica con nosotros dentro de las 24 horas, cobraremos un cargo de $100.00 por cada niño(a) programado para una visita de Salud Conductual de paciente nuevo o cualquier visita de seguimiento de Salud Conductual.
- **Nos reservamos el derecho de dar de baja de la práctica a cualquier paciente o familia después de 3 citas a las que no se presente.**
- **Si llega más de 15 minutos tarde, es posible que deba reprogramar su cita.**
- Cualquier saldo con más de 60 días de antigüedad será enviado a una agencia de cobranza.
- Por favor llame a nuestra oficina si tiene alguna pregunta sobre su factura. Con gusto la revisaremos con usted para evitar malentendidos.
- Durante su visita, es posible que utilicemos un sistema de Inteligencia Artificial (IA) para asistir con la documentación clínica. Este sistema ayuda a redactar notas médicas, las cuales son revisadas y verificadas por su proveedor para garantizar su exactitud. Su información médica se almacena de forma segura conforme a las leyes aplicables.

| | |
|---|---|
| Nombre del Firmante | Fecha |
| Firma | Fecha |

## Aviso de Prácticas de Privacidad de Kidsville Pediatrics PLLC

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) y la Ley de Tecnología de la Información de Salud para la Salud Económica y Clínica (HITECH) son regulaciones del gobierno federal diseñadas para garantizar la privacidad y la seguridad de la información médica protegida (PHI) del paciente. Estas garantizan que usted conozca sus derechos y cómo puede utilizarse su información médica al proporcionar y coordinar su atención médica.

Kidsville Pediatrics PLLC le entrega su Aviso de Prácticas de Privacidad, disponible en copia impresa, en el sitio web de la compañía o en la oficina a solicitud suya. Al firmar este formulario, usted reconoce que ha recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de Kidsville Pediatrics PLLC.

_____ _____

Firma Fecha

## Consentimiento para Tratamiento

**Yo**, _____, padre/madre/tutor legal de: **Paciente:**

_____ _____

NOMBRE Fecha de Nacimiento

Por medio del presente otorgo mi autorización y consentimiento para que mi hijo(a) (nombrado arriba) sea atendido por (Kidsville Pediatrics PLLC) y/o cualquier médico o enfermero(a) practicante de Kidsville Pediatrics PLLC, y consiento a la atención médica/ quirúrgica, salud conductual, pruebas o tratamiento de alergias, inmunoterapia o tratamiento, vacunas y tratamiento de mi hijo(a).

Adicionalmente, por medio del presente autorizo y otorgo que la(s) persona(s) nombrada(s) a continuación tiene(n) permiso de los padres naturales para firmar por cualquier procedimiento médico o quirúrgico, tratamiento o vacuna que se considere necesario para el bienestar de mi(s) hijo(s). Esto también constituye permiso para llevar a mi(s) hijo(s) a revisiones de niño sano y a todas las vacunas necesarias, citas de salud conductual, análisis de laboratorio, pruebas de alergia, inmunoterapia o pruebas rápidas que se administran de forma rutinaria en la visita de niño sano o en cualquier visita por enfermedad. La duración de este consentimiento es indefinida y continúa hasta que sea revocado por escrito.

- **¿Existe algún acuerdo de custodia que debamos conocer? _Sí / No _____**
- **<u>Si la respuesta es sí, por favor proporcione la documentación en la primera cita.</u> Los padres/tutores deben revelar cualquier orden de custodia, orden de posesión, orden de restricción o limitación en la toma de decisiones médicas, no solo un "acuerdo de custodia".**

**Persona(s) Autorizada(s):**

_____ _____ _____

NOMBRE Parentesco con el paciente Teléfono de contacto #

_____ _____ _____

NOMBRE Parentesco con el paciente Teléfono de contacto #

Por medio de este documento declaro que toda la información relativa a la autoridad para presentar al niño(a) para tratamiento es verdadera, y que tengo la autoridad para consentir a toda la atención y tratamiento médico/quirúrgico de dicho(s) niño(s):

_____

Firma Fecha

**Formulario de Autorización para Divulgación de Expediente Médico**

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____/_____/_____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Por favor elija el tipo de solicitud:

____Expediente Completo ____Solo Registro de Vacunas

**INFORMACIÓN SOLICITADA A (NOMBRE DE LA CLÍNICA)**

Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Teléfono: (_____) _____ Fax: (_____) _____

**ENVIAR LA INFORMACIÓN A**

Nombre: **Kidsville Pediatrics**

| | | |
|---|---|---|
| Mansfield | Tel.: 682-341-3910 | Fax: 682-400-1288 |
| Southlake | Tel.: 682-345-8010 | Fax: 682-345-5051 |
| McKinney East (Virginia Pkwy) | Tel.: 469-885-9400 | Fax: 469-886-1944 |
| McKinney West (Coit Rd) | Tel.: 682-868-1020 | Fax: 682-219-0556 |

Yo, _____ (Nombre), por medio del presente otorgo permiso para que ustedes divulguen información confidencial de salud sobre mí, o sobre mi hijo(a), mediante la entrega de una copia de mi expediente médico, o un resumen de mi información médica protegida, a **Kidsville Pediatrics PLLC**.

_____ _____

Nombre del Firmante Fecha

_____ _____

Firma Fecha

TEXAS Health and Human Services | Texas Department of State Health Services

# *REGISTRO DE INMUNIZACIONES (ImmTrac2)*
## Formulario de Consentimiento para Menores

(Por favor escriba en letra de molde)

Nombre del Niño(a) | Segundo Nombre del Niño(a) | Apellido del Niño(a)

_____ / _____ / _____ | *Solo para niños menores de 18 años.
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)

Sexo del Niño(a): ☐ Femenino ☐ Masculino

_____ - _____ - _____
Teléfono

Dirección del Niño(a) | Apartamento # | Correo electrónico

Ciudad | Estado | Código Postal | Condado

Nombre de la Madre | Apellido de Soltera de la Madre

| **Raza (seleccione todas las que apliquen)** | | | **Etnia (seleccione solo una)** |
|---|---|---|---|
| ☐ Indígena Americano o Nativo de Alaska | ☐ Asiático | ☐ Negro o Afroamericano | ☐ Hispano o Latino |
| ☐ Nativo de Hawái u Otro Isleño del Pacífico | ☐ Blanco | ☐ Otra Raza | ☐ No Hispano ni Latino |
| ☐ El destinatario se negó a responder | | | ☐ El destinatario se negó a responder |

El Registro de Inmunizaciones de Texas (ImmTrac2) es un servicio gratuito del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS). El registro de inmunizaciones es un servicio seguro y confidencial que consolida y almacena los registros de vacunación de su hijo(a) (menor de 18 años). Con su consentimiento, la información de vacunación de su hijo(a) se incluirá en ImmTrac2. Médicos, departamentos de salud pública, escuelas y otros profesionales autorizados pueden acceder al historial de vacunación de su hijo(a) para asegurar que no se omitan vacunas importantes.

**El Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas fomenta su participación voluntaria en el registro de inmunizaciones de Texas.**

**Consentimiento para el Registro del Niño(a) y la Divulgación de Registros de Vacunación a Entidades Autorizadas**

Entiendo que, al otorgar el consentimiento a continuación, estoy autorizando la divulgación de la información de vacunación del niño(a) al DSHS, y entiendo además que el DSHS incluirá esta información en el registro central de inmunizaciones del estado ("ImmTrac2"). Una vez en ImmTrac2, la información de vacunación del niño(a) puede, por ley, ser consultada por:

- un distrito de salud pública o departamento de salud local, con fines de salud pública dentro de su jurisdicción;
- un médico u otro proveedor de atención médica legalmente autorizado para administrar vacunas, para tratar al niño(a) como paciente;
- una agencia estatal que tenga la custodia legal del niño(a);
- una escuela o centro de cuidado infantil de Texas en el que esté inscrito el niño(a);
- un pagador actualmente autorizado por el Departamento de Seguros de Texas para operar en Texas, respecto a la cobertura del niño(a).

Entiendo que puedo retirar este consentimiento para incluir información sobre mi hijo(a) en el Registro ImmTrac2, y mi consentimiento para divulgar información del Registro, en cualquier momento mediante comunicación escrita al Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas, ImmTrac Group – MC 1946, P. O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

**Con mi firma a continuación, OTORGO mi consentimiento para el registro. Deseo INCLUIR la información de mi hijo(a) en el registro de inmunizaciones de Texas.**
**Padre, madre, tutor legal o conservador administrador:**

Nombre en Letra de Molde

Fecha | Firma

**Aviso de Privacidad:** Con pocas excepciones, usted tiene derecho a solicitar y ser informado sobre la información que el Estado de Texas recopila sobre usted. Tiene derecho a recibir y revisar esa información cuando la solicite. También tiene derecho a pedir a la agencia estatal que corrija cualquier información que considere incorrecta. Consulte *http://www.dshs.texas.gov* para más información sobre el Aviso de Privacidad. (Referencia: Código de Gobierno, Secciones 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

**¿Preguntas?** (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • www.ImmTrac.com
**Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas • ImmTrac2 Group – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347**

**PROVEEDORES REGISTRADOS CON ImmTrac2**
Por favor ingrese la información del cliente en ImmTrac2 y **confirme** que se ha otorgado el consentimiento.
**NO** envíe este formulario por fax a ImmTrac2. **Conserve este formulario en el expediente de su cliente.**

**Formulario de Consentimiento para Fotografía/Video**

**CONSENTIMIENTO del Padre/Madre**

**Yo,_____, _____ Nombre, Apellido**
**Fecha de Nacimiento, padre/madre de los niños nombrados a continuación:**

**_____ (Nombre completo del niño(a) y fecha de nacimiento)**

consiento a que se tomen todas las imágenes y/o videos de mí o de mi hijo(a)/dependiente, sin limitarse a una sola fecha de servicio. Acepto que las imágenes puedan usarse con fines de redes sociales, incluyendo el sitio web de Kidsville Pediatrics, la página de Facebook, el boletín informativo o Instagram. Kidsville Pediatrics tiene todos los derechos para usar las fotos/videos.

Reconozco además que no hubo promesa alguna de compensación por dicho uso de la(s) fotografía(s) médica(s) y/o video tomado por el personal de Kidsville Pediatrics, PLLC, según lo consentido anteriormente.

Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento mediante solicitud escrita del paciente.

**Al firmar a continuación, confirmo que entiendo este formulario de consentimiento.**

_____ _____
Firma del Padre/Madre/Tutor Fecha

KIDSVILLE
—PEDIATRICS—