

FORMA DE REGISTRACIÓN

Registración	1
Historial Médico	2
Política de pago y vacunación	4
Consentimiento General para tratamientos	5
Delegación de Consentimiento	7
Autorización para Solicitar el Historial Medico	9
Registro de vacunación ImmTrac2 – Registro de recién nacidos	10

INSTRUCCIONES

1. Abrir el Documento "Llena & firmar "
2. Agregar Firmas y iniciales en donde se pidan.
3. Entregarel formulario a las recepcionistas para revisarlo y firmarlo como testigo.

Gracias!

Formulario de registro del paciente (Por favor, rellene todos los campos por completo)

Información del paciente			
Nombre legal del paciente (Apellido,Nombre)	Fecha de Nacimiento	Sexo	Nombre Preferido
Otros hijos en la familia:			
Dirección Completa donde vive el paciente:	# de telefono en donde vive el paciente	Correo Electronico del Padre o Tutor:	Segundo Correo electronico del Padre o Tutor:
Ciudad, Estado, Código Postal			
Raza: Indio o nativo de Alaska Asiático Afroamericano Nativo de Hawái y otras islas del Pacífico Blanco			
Grupo Étnico: Hispano No hispano			
Idioma Materna del Paciente: Inglés ____ Español ____ Otro _____			
Idioma principal de los padres/tutor legal: Inglés ____ Español ____ Otro _____ Escuela/guardería: _____			

Es MUY importante para la salud de su hijo que podamos comunicarnos con usted. Complete la siguiente sección lo más completamente posible y háganos saber si hay ¡cambios!

Contactos: los contactos alternativos deben ser personas cuyo número de teléfono nunca cambie. No compartiremos información de salud sin su permiso.			
Nombre de la madre (Completo)	# de Teléfono	Lugar de trabajo: Teléfono:	# de Celular
Domicilio (Ciudad, Estado, Código Postal) (copiar/pegar arriba si es igual que el niño. El campo debe estar lleno).			
Nombre del Padre (Completo)	# de Teléfono	Lugar de trabajo: Teléfono:	# de Celular
Domicilio (Ciudad, Estado, Código Postal) (copiar/pegar arriba si es igual que el niño. El campo debe estar lleno).			
Contacto adicional (Nombre Completo)	Teléfono 1	Teléfono 2	DIRECCIÓN
Cuenta de redes sociales donde podemos comunicarnos con usted si no podemos comunicarnos con usted de otra manera.			Cualquier nota sobre lo anterior:
¿A quién podemos agradecer por referirlo a nuestra práctica?		Hospital de nacimiento	

Información del garante (Persona económicamente responsable)			
Nombre	Relación con el paciente		¿Menor emancipado? Sí No
Dirección de la calle (si no listados arriba)	Ciudad	Estado	Codigo Postal
Fecha de nacimiento	# de Telefono de Casa	# de Tel. del Trabajo	Celúla #
Nombre del empleador	Ciudad	Estado	Codigo Postal

Información del seguro (si se proporciona un seguro, complete la información a continuación)			
Nombre del seguro	ID de suscriptor/miembro	Número de grupo	
Deténgase aquí para Medicaid	<u>Continuar para seguros privados:</u>	Relación del paciente con el suscriptor (si no se menciona arriba)	
Nombre del suscriptor		Fecha de nacimiento del suscriptor:	
Dirección del suscriptor (si no aparece arriba)		Empleador del suscriptor (si no se encuentra en la lista anterior)	

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

Alergias: (Incluya el nombre de la medicina o comida, su reaccion y desde cuando comenzo)

Problemas actuales:

Historial:

Historial del Nacimiento

Estatura de cuando nació: _____
Peso de cuando nació: _____
Peso al salir del Hospital: _____
Cuantas Semanas de Gestación tuvo?: _____
Alguna complicación? _____

Circunferencia de la cabeza al nacer: _____
Método de parto: Vaginal /cesárea
Si fue cesaria, por qué?

Alimentación Infantil: Biberón/Leche
Materna/Ambos

¿Nacimiento gemelar/múltiple? Sí o No

Historial Medico: (Marque cualquiera que haya sido diagnosticado y comente a continuación)

¿Esta al día con las vacunas? Sí o No (si no, consulte nuestra política de vacunación)

<input type="checkbox"/> Hospitalizaciones?	<input type="checkbox"/> Precocidad	<input type="checkbox"/> Diabetes tipo 1 o tipo 2
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> GE Reflujo	<input type="checkbox"/> Autismo
<input type="checkbox"/> Rinitis alérgica	<input type="checkbox"/> Constipación	<input type="checkbox"/> Retraso del habla
<input type="checkbox"/> Eczema	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Sibilancias	<input type="checkbox"/> Infecciones de oído	<input type="checkbox"/> TDA/TDAH
<input type="checkbox"/> Alergias a los alimentos	<input type="checkbox"/> Estreptococo recurrente	<input type="checkbox"/> Problemas de salud mental
<input type="checkbox"/> Murmullo	<input type="checkbox"/> Infección del tracto urinario (ITU)	<input type="checkbox"/> Traqueotomía
<input type="checkbox"/> Cardiopatía congénita	<input type="checkbox"/> Reflujo vesicoureteral	<input type="checkbox"/> botón G

Otro historial médico:

Historia Quirúrgica: _____ **Sin Cirugías**(Marque cualquier cirugía anterior y complete la edad/fecha y el cirujano si lo sabe)

Procedimiento Fecha o edad

<input type="checkbox"/> Eliminación de amígdalas y adenoides	<input type="checkbox"/> Cirugía ortopédica (ósea)
<input type="checkbox"/> Apéndice eliminado	<input type="checkbox"/> Orquidopexia (cirugía de testículo no descendido)
<input type="checkbox"/> Colocación de tubos en los oídos	<input type="checkbox"/> Colocación de traqueotomía
<input type="checkbox"/> Funduplicatura de Nissen	<input type="checkbox"/> Derivación VP
<input type="checkbox"/> Tubo G colocado	Otros antecedentes quirúrgicos:
<input type="checkbox"/> Cirugía de corazón	_____
<input type="checkbox"/> Reparación de hernia	_____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha: _____

Historial familiar: (Marque cualquier problema conocido en la familia – por favor complete al menos a los padres y hermanos)

TIPO de Relacion con el paciente		Nombre	Con vida?	Sin Problemas Conocidas	Asma	Alergias de Comida/Med	ADHD/ADD	Autismo	Problemas de Aprendizaje	Cancer	Perdida de Audicion/Vision	Enfermedades en la Sangre	Anomalias Cardiacas	Problemas Gastrointestinales	Problemas con los Riñones	Ansiedad/Depresion	Esquizofrenia/Bipolaridad	Migrañas	Convulsiones	Diabetes Tipo 1 & 2	Enfermedad en la Piel	Enfermedad de Autoinmune	
Padres	Madre		<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N																				
	Padre		<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N																				
Hermanos (as)	<input type="radio"/> H <input type="radio"/> M		<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N																				
	<input type="radio"/> H <input type="radio"/> M		<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N																				
	<input type="radio"/> H <input type="radio"/> M		<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N																				
	<input type="radio"/> H <input type="radio"/> M		<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N																				
	<input type="radio"/> H <input type="radio"/> M		<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N																				
Abuelos (as)	Abuela M		<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N																				
	Abuelo M		<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N																				
	Abuelo P		<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N																				
	Abuela P		<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N																				

Comentarios (incluyendo *Otro* respuestas): _____

Relaciones: P=Paterna (del lado de la familia del padre), M=Materna (del lado de la familia de la madre).

Ambiente en el hogar

Número de personas en el hogar: _____

¿Vive con los padres biológicos? _____

¿Orfanato? _____

Cuidadores (seleccione todos los que correspondan): _____

Guardería (horas/día): _____

Tiempo en Familiares (horas/día): _____

¿Mascotas? _____

Padres/guardería/Parientes/

Otros: _____

Estado de los padres: Casado Divorciado Soltero

Otro _____

Ocupación de la madre: _____ Ocupación del padre: _____

POLÍTICA DE PAGO

1. Todos los pacientes deben completar nuestros formularios de registro de pacientes antes de ver al médico. Debemos obtener una copia de su licencia de conducir o identificación y tarjeta de seguro. Si no nos proporciona la información correcta del seguro de manera oportuna, es posible que sea responsable del pago total de un reclamo. Por favor traiga su tarjeta de seguro a cada visita y notificarnos cualquier cambio nuevo.
2. Todo **los co-pagos, co-seguros y deducibles deben pagarse en el momento del servicio** según lo requieran los términos de nuestro contrato con su proveedor de seguro médico. Por favor, comprenda que el incumplimiento de nuestra parte en el cobro de estos pagos puede considerarse fraude de seguros. Si tiene un saldo con nosotros, mantendremos su tarjeta de crédito registrada y estableceremos un plan de pago con usted.
3. Tenga en cuenta que su póliza de seguro de salud es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Como cortesía para usted, presentaremos su reclamo con su aseguradora si acepta que el pago se realice directamente a nuestra práctica. Si su compañía de seguros no proporciona el pago dentro de los 90 días, le solicitaremos el pago. Si luego recibimos un cheque de su aseguradora, le reembolsaremos cualquier sobrepago.
4. Tenga en cuenta que algunos de los servicios que recibe pueden no estar cubiertos por su compañía de seguros. Usted será responsable del pago de todos los cargos por servicios no cubiertos por su compañía de seguros.
5. Cuando usted programa una cita, ese tiempo está reservado específicamente para usted. Le pedimos amablemente que usted proporciona un aviso mínimo de 24 horas antes de querer cancelar una cita. Si no da aviso adecuado, se le puede cobrar \$25.00. La ley requiere que esta tarifa excluya a los pacientes de Medicaid, sin embargo, **cualquier paciente que no se presente 3 veces en 6 meses puede ser dado de baja de la práctica.**
6. Las familias que pagan por cuenta propia deben pagar un mínimo de \$30 al momento del servicio. Habrá un descuento por pronto pago si el saldo se paga en su totalidad al momento del servicio. Si los servicios no se pueden pagar en su totalidad, se debe hacer un plan de pago con tarjeta de crédito registrada por el saldo restante en el momento del servicio. Los servicios pueden negarse a cualquier paciente con un saldo > \$100 que no esté en un plan de pago de < 60 días.
7. Los estados de cuenta se envían mensualmente a través del portal del paciente.

POLÍTICA DE VACUNACIÓN

Mindful Pediatrics, PLLC no aceptará nuevos pacientes pediátricos cuyos padres o tutores no permitan la vacunación. Para los niños que no están al día con sus vacunas, el médico implementará el programa de actualización de vacunas de los CDC. El médico trabajará con los padres de los pacientes que tengan una contraindicación médica para la vacunación para determinar si se pueden administrar vacunas específicas y cuándo.

Firma del padre o tutor _____ Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Consentimiento general para el tratamiento

Me he presentado voluntariamente para recibir atención médica y doy mi consentimiento para dicha atención médica y tratamiento de Mindful Pediatrics, PLLC, incluidos los procedimientos y pruebas de diagnóstico que los médicos, sus asociados, asistentes y otros proveedores de atención médica determinen que son necesarios. En el curso del tratamiento, entiendo y reconozco que no se ha hecho ni se hará ninguna garantía en cuanto al resultado o cura del tratamiento.

Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías o videos relacionadas con la atención y el tratamiento, y entiendo que dichas fotografías o videos pueden formar parte de la historia clínica y/o utilizarse para fines internos, como la mejora del rendimiento o la educación.

Tengo el derecho legal de dar mi consentimiento para el tratamiento médico porque soy el paciente o soy el padre/tutor del paciente. Todas las referencias a "paciente", "yo" y "mi" en este documento significan: _____ (nombre del paciente).

Expediente Médico Electrónico

Compartimos registros médicos electrónicamente con otros proveedores de atención médica para permitir y promover la continuidad de la atención entre los proveedores. Si visita a otro proveedor que también participa en un sistema de registro médico electrónico, es posible que tenga acceso a su registro médico. Si no desea que los registros médicos se compartan con otros proveedores, solicite y complete un formulario de exclusión de intercambio de información de salud.

Prescripciones Electrónicas (E-Prescribing)

Autorizo voluntariamente E-Prescribing para la recetas, lo que permite a los proveedores de atención médica transmitir recetas electrónicamente a la farmacia de mi elección, revisar la información de beneficios de farmacia y el historial de despacho de medicamentos siempre que exista una relación médico/paciente.

Pruebas en caso de exposición del trabajador de la salud

Entiendo que en caso de que un trabajador de la salud se exponga accidentalmente a la sangre o los fluidos corporales del paciente, se me solicitará que me haga un análisis de sangre para determinar la presencia de antígeno de superficie de la hepatitis B o C y/o anticuerpos del síndrome de inmunodeficiencia humana (VIH). Entiendo que estas pruebas se realizan extrayendo una pequeña cantidad de sangre y usando sustancias para analizar la sangre.

Entiendo que si alguna prueba es positiva, recibiré asesoramiento sobre el significado de estas pruebas en relación con la atención médica del paciente mencionado en este documento. Entiendo que los resultados de estas pruebas se mantendrán confidenciales en la medida permitida por la ley y que la distribución no autorizada de los resultados de estas pruebas es un delito penal según la ley estatal.

Expresiones de gratitud

Reconozco que los datos administrativos, la información demográfica y otra información de salud que describe la atención del paciente, los servicios y los resultados se recopilan y utilizan para operaciones de atención médica, informes gubernamentales y no gubernamentales y comparaciones con otros proveedores. En algunos casos, los datos de rendimiento se agregan y se informan por médico. En todos los casos, hacemos todos los esfuerzos razonables para mantener el anonimato del paciente y del médico.

Reconozco que he recibido un Aviso de Prácticas de Privacidad ("Aviso"). El Aviso explica cómo podemos usar y divulgar la información de salud protegida del paciente con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. "Información de salud protegida" significa la información de salud personal del paciente que se encuentra en los registros médicos y de facturación del paciente. Si tiene preguntas sobre el Aviso, comuníquese con la Oficina de privacidad al (956) 545-1327.

Cesión de Beneficios

Por la presente asigno a Mindful Pediatrics, PLLC todos los derechos, títulos e intereses de cualquier beneficio por cobertura médica. Ordeno que dichos beneficios se paguen directamente a Mindful Pediatrics, PLLC y seré responsable de todos los copagos, deducibles, coseguros y servicios no cubiertos.

Este acuerdo permanecerá en vigor hasta que sea revocado por escrito.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente (MM/DD/AAAA): _____

Nombre del representante del paciente, si el paciente es menor de 18 años (en letra de imprenta):

Relación del representante del paciente si el paciente es menor de 18 años:

Firma del paciente o representante del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____

FORMULARIO DE DELEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

(Dar permiso a otros para dar su consentimiento para el cuidado del paciente)

Nombre del paciente:	
Fecha del paciente de Nacimiento:	
Madre / Tutor legal Nombre completo, Dirección y número de teléfono:	
Padre / Tutor Legal Nombre Completo, Dirección y número de teléfono:	

Declaración de tratamientos y procedimientos médicos que se administrarán y propósito del tratamiento. Inicial de consentimiento para los siguientes tratamientos.

Iniciales

_____ Atención pediátrica de rutina, incluidas vacunas.

_____ Evaluación médica y manejo de enfermedades pediátricas ambulatorias, incluidas enfermedades agudas y crónicas.

_____ Procedimientos menores en el consultorio

Médico tratante (también incluye los médicos y la práctica avanzada proveedores asociados con el médico tratante):	Dolly Lucio Sevier, MD
--	------------------------

FORMULARIO DE DELEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, como padre o tutor legal del niño menor de edad mencionado anteriormente, designo a las personas que se encuentran a continuación en orden de comparecencia para que actúen en mi nombre para dar mi consentimiento a los tratamientos y procedimientos médicos especificados anteriormente cuando no esté razonablemente disponible para otorgar dicho consentimiento. Si elijo terminar esta delegación, debo comunicarme con mi práctica.

Nombre de la persona	Relación con el paciente (Hijo menor de edad)	Número de teléfono

Inicial abajo

_____ Entiendo que en caso de que no esté disponible para otorgar consentimiento en nombre de mi hijo menor de edad, el consentimiento de la persona identificada anteriormente, a quien también he autorizado a dar consentimiento en nombre de mi hijo menor de edad, se considerará suficiente para los tratamientos y procedimientos médicos especificados anteriormente.

_____ Indemnizaré y eximiré de cualquier gasto o reclamo de cualquier naturaleza a cualquier entidad que proporcione o haga que se proporcione un examen, tratamiento o atención hospitalaria en virtud de esta Delegación de Consentimiento (excepto en la medida en que dicha entidad sea negligente). Entiendo que soy responsable de pago de todos los cargos que resulten de la atención brindada por Mindful Pediatrics, PLLC, incluidos los montos no cubiertos por mi plan de salud.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con esta delegación de Consentimiento.

Padre/Tutor Legal _____

Testigo (firme y escriba el nombre) _____



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR EXPEDIENTES MÉDICOS

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Solicito y autorizo a _____ a
divulgar los registros médicos del paciente mencionado anteriormente a Mindful
Pediatrics, PLLC Dra. Dolly Sevier, MD.

Representante autorizado que realiza la solicitud (si no es el paciente):

- Padre del paciente menor
- Tutor legal
- Poder notarial de atención médica

Esta solicitud y autorización se aplica a:

- Todos los registros médicos
- Otro: _____

Firma del representante autorizado

Fecha



Registro de Inmunización de Texas (ImmTrac2)

Formulario de registro de recién nacidos

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

Primer nombre del menor, Segundo nombre del menor, Apellido del menor, Género del menor, Fecha de nacimiento del menor, Teléfono, Correo electrónico

Dirección, Núm. de apartamento o edificio, Ciudad, Estado, Código Postal, Condado

Nombre de la Madre, Apellido de soltera de la madre

Raza (seleccione todos los que correspondan), Grupo étnico (seleccione solo una)

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).

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.

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.

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

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.

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