

Children's Specialty Care Clinic of N.W. Houston

Informacion De Paciente

Nombre Entero _____ Fecha De Nacimiento _____ Edad _____ Sexo: M _____ F _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Nombre Del Papa _____ Fecha De Nacimiento _____

Numero De Telefono _____ Numero Alternativo _____

Nombre De Mama _____ Fecha De Nacimiento _____

Numero De Telefono _____ Numero Alternativo _____

Contacto Si Encaso De Una Emergencia

Nombre _____ Relacion _____ Numero De Telefono _____

Seguro Medico

No Tengo _____ Numero De Medicaid _____ Nombre De Aseguranza _____

Numero De Seguro _____

Assignment And Release:

Yo entiendo todo lo que he llenado es cierto y que es para el mayor proveenir de mi hijo(a). Entiendo que al firmar abajo estoy aceptando que mi aseguranza le paga al Children's Specialty Care Clinic of N.W. Houston P.A. Si no tengo aseguranza estoy compliendo en pagar completo la visita. Do y permiso para que el Doctor mande informacion a la seguridad si acaso lo pideon, para asegurar pago.

Primera Visita: Yo doy permiso como su Pariente/Guardian legal de nino(a) anombado arriba a que lo examine el Children's Specialty Care Clinic of N.W. Houston P.A.

X _____
Firma Del Responsable

Relacion De Paciente

Fecha

Sus Derechos que Siguen son una declaración de sus derechos con respecto a su información protegida de la salud.

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su ha información protegida de salud. Bajo la ley federal, sin embargo, usted no puede inspeccionar ni puede copiar los registros siguientes; notas de psicoterapia; información compilada en la anticipación razonable de, ni del uso en, en una acción ni proceder civiles criminales ni administrativos, y en información protegida de salud que es la ley con sujeción a que prohíbe el acceso a la información protegida de la salud.

Usted tiene el derecho de solicitar que una restricción de su ha información protegida de salud. Esto significa que usted nos pueda preguntar no usar ni revelar en cualquier parte de su ha información protegida de salud para los propósitos del tratamiento, las operaciones del pago ni la asistencia sanitaria. Usted puede solicitar también que en cualquier parte de su ha información protegida de salud no sea revelada a miembros de familia ni amigos que pueden ser implicados en su cuidado ni para propósitos de notificación como descrito en esta Nota de Prácticas de Intimidad. Su pedido debe expresar la restricción específica solicitada y a quien usted quiere que la restricción aplique.

Su médico no es requerido a concordar a una restricción que usted puede solicitar. Si médico cree está en su mejor interés de permitir el uso y la revelación de su información protegida de la salud, su información protegida de la salud no será restringida. Usted entonces tiene el derecho de usar a otro Profesional de Asistencia sanitaria.

Usted tiene el derecho de solicitar para recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Usted tiene el derecho de obtener una copia de papel de esta nota de nosotros, sobre el pedido, aunque usted haya concordado en aceptar esta nota alternativamente en otras palabras electrónicamente.

Usted puede tener el derecho de tener a su médico enmienda su información protegida de la salud. Si negamos su pedido para la enmienda, usted tiene el derecho de archivar una declaración del desacuerdo con nosotros y nosotros podemos preparar una refutación a su declaración y lo proporcionará con una copia de cualquiera tal refutación.

Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de ciertas revelaciones que hemos hecho, si cualquiera. Usted su ha información protegida de salud.

Reservamos el derecho de cambiar los términos de esta nota y lo informará por correo de cualquiera cambia. Usted entonces tiene el derecho de oponerse o retirar como proporcionado en esta nota.

Las Quejas

Usted puede quejarse a nosotros o al Secretario de Servicios de Salud y Humano si usted cree que sus derechos de la intimidad han sido violados por nosotros. Usted puede archivar una queja con nosotros notificando nuestro contacto de la intimidad de su queja. Nosotros no vengaremos contra usted para archivar una queja.

Esta nota se publicó y entra en vigencia en/o antes de el 14 de abril de 2003.

Somos requeridos por la ley a mantener la intimidad de, y proporcionar los individuos con, esta nota de nuestras prácticas legales de deberes e intimidad con respecto a información protegida de salud. Si usted tiene cualquier objeción a esta forma, pide por favor para hablar con nuestro Oficial de la Conformidad de HIPAA en la persona o por teléfono en nuestro Número Principal de Teléfono.

La firma debajo de es sólo reconocimiento que usted ha recibido esta Nota de nuestras Prácticas de la Intimidad:

Imprima el Nombre: Signature _____

Date _____

Mid-Level Providers Consent
Childrens speciality care Clinic of NW Houston PA
Saifuddin Tahir MD Abdul Haseeb MD

Esta es una clinca que tiene asistentes de
proveedores de Mediano-Nivel para asistir en la ayuda de
cuidado medico.

Mediano-Nivel incluye Nurse Practitioners (NP),
Physican Assistants (PA), and CRNAs. Proveedores de
Mediano-Nivel puede examinar pacientes, diagnosticarlos,
y dar tratamientos bajo de la licencia de un doctor
medico.

Yo eh leido lo siguiente y doi mi consentimiento a los
sevicios de proveedores de Mediano-Nivel para el cuidado
de mi salud.

Yo entiendo que al cualquier hora puedo pedir ver el
medico y no proveedor de Mediano-Nivel.

Nombre de Paciente

Nombre de Padre/Tutor Legal

Firma

Fecha

ImmTrac
Texas Immunization Registry

For Clinic/Office Use

Segundo Nombre del Niño(a)

Género:

☐ **Femenino**

Aparamento #

Telefone

Estado

Código Postal

Municipio

Apellido de Soltera de la Madre

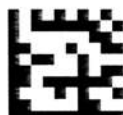
El Departamento Estatal de Servicios de Salud le anima a participar voluntariamente en el registro de inmunización de Texas.

Escriba con letra de molde

Fecha

Firma

Stock No. EC-7
Revised 05/18/2012



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