

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

Informacion De Paciente

Nombre: _____ FechaDeNacimiento : _____ Edad: _____ Sexo: M / F

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ codigopostal: _____

Padre/Guardian: _____ FechaDeNacimiento: _____

Relacion: _____ Telefono: _____ cell: _____

Madre/Guardian: _____ FechaDeNacimiento: _____

Relacion: _____ Telefono: _____ cell: _____

Contacto De Emergencia

Nombre: _____ Telefono: _____

Correo electronico: _____

Informacion del seguro

Pago Particular: _____ CHIP: _____ Medicaid: _____ Aseguranza: _____

Nombre de seguro: _____ Direccion _____

El Suscriptor _____ ID # _____

Hay otro seguro? _____

Assignment and Release:

Yo entiendo todo lo que he llenado es cierto y que es para el mayor provenir de mi hijo(a) Entiendo que al firmar abajo estoy aceptando y entiendo que mi aseguranza le page al CHILDRENS SPECIALTY CARE CLINIC OF N.W. Houston, PA. Si no tengo aseguranza estoy compliendo en pagar completo la vista. Doy permiso para que el Doctor mande mi informacion a la aseguranza si acaso lo piden, para asegurar pago.

Guardian

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 clinica que tiene asistentes de
proveedores de Mediano-Nivel para asistir en la ayuda de
cuidado medico.

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

Yo he leído lo siguiente y doy mi consentimiento a los
servicios 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:

☐ **Masculino**☐ **Femenino**

Aparamento #

Telefone**Estado****Código Postal**

Municipio

Apellido de Soltera de la Madre

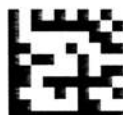
El Departamento Estatal de Servicios de Salud le anima a participar voluntariamente en el registro de inmunización de Texas.

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.**