

SHAFTER PEDIATRICS

FORMULARIO DE ADMISION PARA EL PACIENTE

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____

DIRECCION: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____

CODIGO POSTAL: _____ NUMERO DE TELEFONO : _____

FECHA DE NACIMIENTO: __/__/__ SEGURO SOCIAL: _____

SEXO: __F__ M IDIOMA: _____

CONTACT DE EMERGENCIA: _____ NUMERO DE EMERGENCIA: _____

RELACION DEL PACIENTE: _____

RAZA: INDIO AMERICANO/ ASIATICO/ NATIVO DE HAWAII/ BLANCO/ HISPANO/ OTRA RAZA

PERSONA RESPONSIBLE

RELACION A EL PACIENTE: ___ PADRES ___ GUARDIAN

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____

DIRECCION: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____

CODIGO POSTAL: _____ NUMERO DE TELEFONO : _____

FECHA DE NACIMIENTO: __/__/__ SEGURO SOCIAL: _____

SEXO: __F__ M IDIOMA: _____

INFORMACION NECESARIA:

1. COPIA DE LA LICENCIA DE CONDUCIR O IDENTIFICACION
2. DEBE TENER TARJETAS DE SEGURO
3. REGISTRO DE VACUNAS

Formulario para rechazar, empezar a compartir o solicitar información sobre los datos de vacunación

Marque (✓) la/las declaración(es) que apliquen:	
Mi nombre completo:	Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Padre/madre/tutor
Nombre del paciente:	Dirección del paciente:
Fecha de nacimiento del paciente:	Ciudad y código postal:
ID del paciente (opcional):	El condado del paciente:
Teléfono:	
Rechazar compartir	
<input type="checkbox"/> RECHAZO permitir que los datos de vacunación o pruebas de tuberculosis (TB) míos o de mi hijo(a) se compartan con otros profesionales de salud, entidades o escuelas en el Registro de Vacunación de California (CAIR, en inglés).*	
<p><i>* Nota: Los datos de vacunación aún se pueden documentar en el registro para el uso del consultorio médico. Por ley, los funcionarios de salud pública también pueden tener acceso a los datos de vacunación o pruebas de TB en caso de una emergencia de salud pública.</i></p>	
Empezar a compartir (Rechacé antes, pero cambio de opinión y deseo compartir)	
<input type="checkbox"/> PERMITO que los datos de vacunación o pruebas de tuberculosis (TB) míos o de mi hijo(a) se compartan con otros profesionales de salud, entidades o escuelas en el Registro de Vacunación de California (CAIR, en inglés).	
Solicitar Información	
<input type="checkbox"/> SOLICITO una lista de las entidades que vieron los datos de vacunación o pruebas de tuberculosis míos o de mi hijo(a) conservados en CAIR.	
<input type="checkbox"/> SOLICITO ver o corregir los datos de vacunación/pruebas de TB míos o de mi hijo(a) conservados en CAIR. Entiendo que cualquier cambio que se haga a estos datos tiene que ser verificado con la documentación apropiada de mi profesional de salud.	
Firma:	Fecha:

Envíe este formulario por fax o email al departamento técnico de CAIR al:
1-888-436-8320, CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Autorizo a Shafter Pediatría para proporcionar información a todas las partes legítimamente interesadas con respecto a mi enfermedad y los tratamientos y que presente cedo Shafter Pediatría todos los pagos por los servicios médicos prestados a mí mismo o a mis dependientes. Yo entiendo que soy responsable de todos los cargos.

También entiendo y acepto que soy financieramente responsable en última instancia por los servicios proporcionados a mi hijo. Estos servicios deben incluir los cargos que se les niega, ya sea o no cubierto por mi póliza de seguro, copagos y coseguros según lo señalado por mi póliza de seguro; Se requerirá un depósito de \$ 80 para los servicios prestados sin cobertura de seguro. Yo entiendo que puedo recibir la facturación adicional de proveedores externos: por ejemplo, Radiología, Anatomía Patológica, Laboratorio, Equipo médico duradero, etc.

Voluntariamente doy mi permiso a los proveedores de cuidado de la salud de Shafter Pediatría y los auxiliares que se pueden considerar necesarios para proporcionar servicios de atención médica a mi hijo. Entiendo que al firmar este formulario, autorizo que me tratan siempre y cuando busco atención de proveedores Shafter Pediatría, o hasta que yo retire mi consentimiento.

Padre / Tutor

Fecha

Nombre del padre / Tutor

Fecha

Una copia duplicada o facsímil de esta se considera el mismo que el documento original.

HIPPA Privacy Rule of Patient Authorization Agreement

Authorization for the Disclosure of Protected Health Information for Treatment, Payment, or Healthcare Operations (§164.508(a))

I understand that as part of my healthcare, this facility originates and maintains health records describing my health history, symptoms, examination and test results, diagnosis, treatment, and any plans for future care or treatment. I understand that this information serves as:

- a basis for planning my care and treatment;
- a means of communication among the health professionals who may contribute to my health care;
- a source of information for applying my diagnosis and surgical information to my bill;
- a means by which a third-party payer can verify that services billed were actually provided;
- a tool for routine health care operations such as assessing quality and reviewing the competence of health care professionals.

I have been provided with a copy of the *Notice of Privacy Practices* that provides a more complete description of information uses and disclosures.

I understand that as part of my care and treatment it may be necessary to provide my Protected Health Information to another covered entity. I have the right to review this facility's notice prior to signing this authorization. I authorize the disclosure of my Protected Health Information as specified below for the purposes and to the parties designated by me.

Privacy Rule of Patient Consent Agreement

Consent to the Use and Disclosure of Protected Health Information for Treatment, Payment, or Healthcare Operations (§164.506(a))

I understand that:

- I have the right to review this facility's Notice of Information practices prior to signing this consent;
- that this facility reserves the right to change the notice and practices and that prior to implementation will mail a copy of any notice to the address I've provided, if requested;
- I have the right to object to the use of my health information for directory purposes;
- I have the right to request restrictions as to how my Protected Health Information may be used or disclosed to carry out treatment, payment, or healthcare operations, and that this facility is not required by law to agree to the restrictions requested;
- I may revoke this consent in writing at any time, except to the extent that this facility has already taken action in reliance thereon.

Parent/ Guardian Signature _____

HIPPA Privacy Rule
Receipt of Notice of Privacy Practices Written
Acknowledgement Form

Acknowledgement of Receipt of Information Practices Notice (§164.520(a))

I understand that as part of my healthcare, this facility originates and maintains health records describing my health history, symptoms, examination and test results, diagnosis, treatment, and any plans for future care or treatment. I acknowledge that I have been provided with and understand this facility's **Notice of Privacy Practices** provides a complete description of the uses and disclosures of my health information. I understand that:

- I have the right to review this facility's *Notice of Privacy Practices* prior to signing this acknowledgment;
- This facility reserves the right to change their *Notice of Privacy Practices* and prior to implementation of this will mail a copy of any revised notice to the address I've provided, if requested.

Parent/ Guardian Signature _____