



Politica de citas perdidas o ausentes

Cuando nuestra oficina le hace una cita, le estamos reservando un cuarto y un tiempo dedicado especialmente para usted. Nuestra politica es que necesita llamar para cancelar o cambiar su cita por lo menos 24 horas de anticipo. Esta cortesia nos hace posible hacer una cita para otro cliente/paciente que este en necesidad.

Nuestra politica es que posiblemente sea despedido de nuestra clinica y sus servicios si no se presenta o falle a tres (3) citas sin cancelar.

****Si no se presenta o sigue cancelando una cita para nuevo paciente, resultara en perder el privilegio de hacer citas en esta clinica.***

Cada paciente en nuestra clinica recibe una reservacion unica cuando hace su cita. Cuando usted hace una cita, el horario se reserva para usted, vacunas se ordenan si son necesarias, y hacemos cualquier arreglo para estar preparado para su visita. Excepto si ocurre una emergencia con otro paciente, le dedicamos este tiempo a usted. Por supuesto esperamos la misma cortesia de parte de nuestros pacientes.

_____ *Mis iniciales muestran que he leído y entiendo la politica de citas perdidas y la politica de cancelacion. Entiendo si pierdo tres (3) citas sin llamar o cancelar, esta clinica me despidira como paciente.*

He leído la politica de citas perdidas y cancelacion y puse mis iniciales en el renglon apropiado para asugurar que entiendo la politica.

Nombre en letra de mole

Firma

Fecha



Información del Paciente

Nombre: _____ Apodos: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Raza: _____ Sexo: _____

Direction: _____ Numero de Apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo Electronico: _____

Número de teléfono primario: _____ (mamá, papá, otro)

Número de telefono secundario: _____ (mama, papa, otro)

Nombre del Papa: _____ Nombre de Mama: _____

Fecha de nacimiento del Papa: _____ Fecha de nacimiento de Mama: _____

Información de seguro:

	Seguro primaria	Seguro secundario
Compania de seguro		
Numero de Identificacion		
Nombre de suscriptor		
Fecha de nacimiento del suscriptor		

Alergias (comida, medicamento, etcetera):

alergia	reaccion

Medicamentos Actuales:

Medicamento	Dosificacion	Frecuencia	Razon

Cirugías/Hospitalizaciones:

Fecha:

Otro Proveedores médicos

Tipo y lugar	Nombre
Otorrino-	
Alergologo-	
Ortopedia-	
Otros-	

Pharmacia:

Nombre:	Direccion:
---------	------------

Problemas Médicos: (Por favor indica cualquier problema medica)

<input type="checkbox"/> Déficit de Atención e Hiperactividad	<input type="checkbox"/> Rinitis alergica	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Perdirda de auditiva
<input type="checkbox"/> migranas	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Eczema	<input type="checkbox"/> Estreñimiento crónico
<input type="checkbox"/> Afecciones cardiacas	<input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones	<input type="checkbox"/> Problemas de la salud mental	<input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo
<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Afecciones tiroideas		

Antecedentes Médicos (Por favor indica qué miembro de la familia padece las siguientes condiciones médicas)

Anemia	Alergias	Defectos congénitos
Cancer	Trastorno convulsivo	Asma
Diabetes	Sangrado Excesivo	Enfermedad Cardiaca
Ataque Cadiaco o accidente cerebrovascular antes de los 55 anos	Presion arterial alta	colesterol/ Trigliceridos alto
Enfermedad de células falciformes		

¿Cómo escucharon de nosotros? _____

Aviso sobre las prácticas de privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Este aviso describe las prácticas de Shining Star Pediatrics con respecto a su información de salud protegida. Los médicos de Shining Star Pediatrics y el personal autorizado para acceder a su expediente médico están sujetos a este aviso. Además, Shining Star Pediatrics y sus médicos pueden compartir información médica entre sí para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, tal como se describe en este aviso. Creamos un registro de la atención y los servicios que usted recibe en Shining Star Pediatrics. Entendemos que la información médica sobre usted y su salud es de carácter personal. Estamos comprometidos a proteger su información médica. Este aviso se aplica a todos los registros de su atención dentro de Shining Star Pediatrics y le informará sobre las formas en que podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted. También describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y la divulgación de información médica.

Sus derechos sobre la información de salud

Aunque su expediente de salud es propiedad física de Shining Star Pediatrics, la información le pertenece a usted. Usted tiene derecho a:

- Inspeccionar y solicitar una copia de su expediente de salud, según lo estipulado por la ley.
- Solicitar que las comunicaciones de su información de salud se realicen por medios alternativos.
- Solicitar una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones de su información para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica; así como respecto a las divulgaciones permitidas a personas (incluidos los familiares) involucradas en su atención, según lo estipulado por la ley. Sin embargo, la ley no nos obliga a aceptar la restricción solicitada.
- Solicitar que modifiquemos su expediente de salud, según lo estipulado por la ley. Le notificaremos si no podemos conceder su solicitud para modificar su expediente de salud.
- Obtener un registro de ciertas divulgaciones de su información de salud, según lo estipulado por la ley.
- Obtener una copia impresa de este aviso sobre prácticas de información, previa solicitud al Oficial de Privacidad de la oficina, en 2304 Judson Road Suite D, Longview, Texas 75605. También hay una copia disponible en el portal del paciente: www.YourHealthFile.com Puede ejercer los derechos establecidos en este aviso enviando una solicitud por escrito al gerente de la oficina, en 2304 Judson Road Suite D, Longview, Texas 75605.

Nuestras responsabilidades

Además de las responsabilidades establecidas anteriormente, también estamos obligados a:

- Mantener la privacidad de su información de salud. Proporcionarle un aviso sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información que mantenemos sobre usted.
- Cumplir con los términos de este aviso. Notificarle si no podemos acceder a una restricción solicitada sobre ciertos usos y divulgaciones.
- Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas y de hacer que las nuevas disposiciones sean efectivas para toda la información de salud protegida que mantenemos, incluida la información creada o recibida antes del cambio. En caso de que cambien nuestras prácticas de información, no estamos obligados a notificarle; sin embargo, tendremos el aviso revisado disponible para que usted lo solicite en Shining Star Pediatrics y en el portal del paciente en www.YourHealthFile.com.
- No utilizaremos ni divulgaremos su información de salud sin su autorización por escrito, salvo lo descrito en este aviso o lo permitido por la ley. Ejemplos de divulgaciones de información de salud para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y según lo permitido por la ley. Las siguientes categorías describen las diferentes formas en que utilizamos y divulgamos la información médica. Para cada categoría de usos o divulgaciones, explicaremos su significado e intentaremos proporcionar algunos ejemplos. No se enumerará todos los usos o divulgaciones dentro de una categoría específica; sin embargo, todas las formas en que tenemos permitido utilizar y divulgar información deben quedar comprendidas dentro de una de estas categorías: **TRATAMIENTO:** Por ejemplo, podemos divulgar información médica sobre usted a médicos, enfermeros, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal que participe en su atención dentro de Shining Star Pediatrics. Podemos compartir información médica sobre usted con el fin de coordinar diferentes tratamientos, tales como recetas médicas, análisis de laboratorio y radiografías. También podemos proporcionar a su médico, o a un proveedor de atención médica posterior, copias de diversos informes para facilitar su tratamiento. **PAGO:** Por ejemplo, se le puede enviar una factura a usted o a un tercero pagador. La información contenida en la factura, o que la acompaña, puede incluir datos que lo identifiquen, así como su diagnóstico, los procedimientos realizados y los suministros utilizados. **OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA:** Por ejemplo, podemos utilizar la información contenida en su expediente de salud para evaluar la atención recibida y los resultados obtenidos en su caso, así como en otros casos similares. Posteriormente, esta información se utilizará con el propósito de mejorar continuamente la calidad y la eficacia de la atención médica y los servicios que prestamos. Su información de salud también se utilizará según lo permita la ley. A continuación, se presentan algunos ejemplos de cómo podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted:

ASOCIADOS COMERCIALES: Existen ciertos servicios que se prestan en nuestra organización a través de acuerdos con asociados comerciales. Entre los ejemplos se incluyen ciertos análisis de laboratorio y servicios de copiado. No obstante, para proteger su información de salud, exigimos a nuestros asociados comerciales que adopten las medidas adecuadas para salvaguardar dicha información.

NOTIFICACIÓN: Podemos utilizar o divulgar información para notificar —o ayudar a notificar— a un familiar, a un representante personal o a otra persona responsable de su atención acerca de su ubicación y estado general.

INVESTIGACIÓN: Podemos divulgar información a investigadores cuando su estudio haya sido aprobado por una Junta de Revisión Institucional que haya evaluado la propuesta de investigación y establecido protocolos para garantizar la privacidad de su información de salud.

DIRECTORES DE FUNERARIAS: Podemos divulgar información de salud a directores de funerarias, de conformidad con la ley aplicable, para que lleven a cabo sus funciones.

ORGANIZACIONES DE PROCURACIÓN DE ÓRGANOS: De conformidad con la ley aplicable, podemos divulgar información de salud a organizaciones de procuración de órganos u otras entidades dedicadas a la procuración, el almacenamiento en bancos o el trasplante de órganos, con el fin de facilitar la donación y el trasplante de tejidos.

COMUNICACIONES RELATIVAS AL TRATAMIENTO Y A LAS OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA: Podemos comunicarnos con usted para enviarle recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTOS Y MEDICAMENTOS (FDA): Podemos divulgar a la FDA información de salud relacionada con eventos adversos respecto a alimentos, medicamentos, dispositivos, suplementos, productos y defectos de productos, o información de vigilancia posterior a la comercialización, a fin de permitir la retirada, reparación o sustitución de productos.

ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN SANITARIA: Podemos divulgar su información de salud a una agencia de supervisión sanitaria para la realización de actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión pueden incluir auditorías, investigaciones, inspecciones y procesos de concesión de licencias. Dichas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención médica, los programas de beneficios gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR: Podemos divulgar información de salud en la medida en que lo autorice y en la medida en que sea necesario para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación al trabajador u otros programas similares establecidos por la ley.

SALUD PÚBLICA: Según lo exija la ley, podemos divulgar su información de salud a autoridades de salud pública o autoridades legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.

ABUSO, NEGLIGENCIA O VIOLENCIA DOMÉSTICA: Según lo exija la ley, podemos divulgar información de salud a una autoridad gubernamental autorizada por la ley para recibir informes de abuso, negligencia o violencia doméstica.

FINES JUDICIALES, ADMINISTRATIVOS Y DE CUMPLIMIENTO DE LA LEY: De conformidad con la ley aplicable, podemos divulgar información de salud sobre usted con fines judiciales, administrativos y de cumplimiento de la ley. Esto puede incluir divulgaciones para evitar una amenaza grave a su salud o seguridad, o la de un tercero, así como a víctimas de delitos o conductas delictivas en la Entidad Cubierta.

PARA EVITAR UNA AMENAZA GRAVE A LA SALUD O LA SEGURIDAD: Podemos utilizar y divulgar su información de salud cuando consideremos que es necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad, o a la salud y seguridad del público o de otra persona. Sin embargo, cualquier divulgación se realizaría únicamente a alguien capaz de ayudar a prevenir o mitigar la amenaza, o a las autoridades encargadas del cumplimiento de la ley en circunstancias particulares.

ACTIVIDADES DE SEGURIDAD NACIONAL E INTELIGENCIA: Podemos divulgar su información de salud a funcionarios federales autorizados para fines legítimos de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

SERVICIOS DE PROTECCIÓN PARA EL PRESIDENTE Y OTROS: Podemos divulgar su información de salud a funcionarios federales autorizados para que puedan brindar protección al presidente, a otras personas autorizadas o a jefes de Estado extranjeros, o para la realización de investigaciones especiales.

EXIGIDO O PERMITIDO POR LA LEY: Divulgaremos información médica sobre usted cuando así lo exija o lo permita la ley federal, estatal o local.

OTROS USOS DE SU INFORMACIÓN DE SALUD: Otros usos y divulgaciones de información médica que no estén cubiertos por este aviso o por las leyes que nos rigen se realizarán únicamente con su permiso por escrito. Si nos otorga permiso para utilizar o divulgar su información médica, puede revocar dicho permiso, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su autorización, dejaremos de utilizar o divulgar información médica sobre usted para los fines cubiertos por su autorización por escrito. No podemos revertir ninguna divulgación que ya hayamos realizado con su autorización.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN O REPORTAR UN PROBLEMA:

Si tiene preguntas con respecto a sus derechos de privacidad y desea obtener información adicional, puede llamar al Oficial de Privacidad de Shining Star Pediatrics al (903) 212-6060. Si considera que se han vulnerado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja por escrito ante el Oficial de Privacidad de Shining Star Pediatrics, en 2304 Judson Road Suite D, Longview, Texas, 75605, o ante Secretario de Salud y Servicios Humanos. No se tomarán represalias por presentar una queja.



Acuse de recibo del Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA

He recibido una copia y/o he leído el "Aviso de prácticas de privacidad", el cual explica cómo se utilizará y divulgará mi información médica. Hay una copia disponible previa solicitud.

Con el fin de cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), necesitamos asegurarnos de salvaguardar la privacidad de su hijo de acuerdo con sus deseos en lo que respecta a sus familiares y amigos.

Nombre del paciente: _____

Relación al paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Consentimiento para el tratamiento y otros reconocimientos

Al leer y firmar este documento, yo, el paciente abajo firmante (o su representante autorizado), doy mi consentimiento y autorizo la realización de cualquier tratamiento, inmunización (según se solicite), examen, administración de medicamentos, anestesia, servicios médicos y procedimientos quirúrgicos o diagnósticos (incluyendo, entre otros, el uso de estudios de laboratorio y radiográficos) según lo ordenado o aprobado por mi(s) médico(s) tratante(s) o cualquier profesional de la salud asignado a mi atención por dicho(s) médico(s). Asimismo, reconozco y doy mi consentimiento a lo siguiente:

- 1. CONTRATISTAS INDEPENDIENTES:** Shining Star Pediatrics puede recurrir a contratistas independientes para tratamientos o procedimientos realizados en el consultorio, en régimen ambulatorio o de internación. Estos incluyen, entre otros, asistentes quirúrgicos, fisioterapeutas, consultores de Shining Star y médicos de referencia. Los profesionales de la salud que actúan como contratistas independientes no son agentes ni empleados de Shining Star Pediatrics y son responsables de sus propios actos. Entiendo que Shining Star Pediatrics no será responsable por los actos u omisiones de dichos contratistas independientes. Este Consentimiento para el Tratamiento también se aplica a cualquier contratista independiente utilizado por mi(s) médico(s).
- 2. OBJETOS DE VALOR:** Shining Star Pediatrics no asume responsabilidad alguna —y por la presente libero a Shining Star Pediatrics de toda responsabilidad— por la pérdida o el daño de cualquiera de mis pertenencias personales mientras me encuentre en las instalaciones y/o reciba tratamiento.
- 3. AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y CESIÓN DE PAGOS DE TERCEROS:** Por la presente, autorizo expresamente a Shining Star Pediatrics y a todos los profesionales de la salud que me brindan atención a divulgar toda la información necesaria a cualquier compañía de seguros, plan de salud u otra entidad (tercero pagador) que pueda ser responsable del pago de mi atención médica. Autorizó e instruyó a todos los pagadores para que abonen todos los
- 4. PAGO POR SERVICIOS:** Reconozco que Shining Star Pediatrics me acepta como paciente de pago privado y que soy responsable de pagar todos los servicios; asimismo, reconozco que no se aceptará ni se facturará ninguna modalidad de Medicaid de Texas, incluyendo Superior o Amerigroup. Si los servicios que recibo están cubiertos por un tercero pagador, Shining Star Pediatrics podrá optar por facturar y aceptar el pago de dicho tercero. Pagaré la parte de estas facturas que el tercero pagador determine que es mi responsabilidad. En el caso de servicios que acepte recibir pero que no estén cubiertos por el tercero, pagaré el monto adeudado al momento de recibir los servicios. Si no interviene ningún tercero en el pago de mis servicios, acepto pagar la totalidad de dichos servicios en el momento en que estos sean recibidos.
- 5. AUTORIZACIÓN Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD RELATIVA A FOTOGRAFÍAS:** Autorizo y eximo de responsabilidad a Shining Star Pediatrics, así como a sus empleados y agentes, para tomar fotografías, videos, radiografías y/u otras imágenes fotográficas, electrónicas o de otro tipo de mi persona, y para utilizarlas según resulte médicamente apropiado. Dichas imágenes podrán utilizarse con fines educativos u otros fines según sea necesario y apropiado. Estas imágenes podrán conservarse como parte permanente de mi expediente médico. Entiendo y reconozco que Shining Star Pediatrics puede utilizar cámaras con fines de seguridad y monitoreo de pacientes, y que se mantendrá la confidencialidad del paciente respecto de todas dichas imágenes.
- 6. SIN GARANTÍA DE RESULTADOS:** Los médicos y profesionales de la salud de Shining Star Pediatrics no pueden garantizar ningún resultado(s) específico(s) de ningún examen, tratamiento, procedimiento o atención médica. Exige a Shining Star Pediatrics, a sus médicos ya sus profesionales de la salud de cualquier responsabilidad por cualquier accidente o lesión que no sea causada directamente por la negligencia de Shining Star Pediatrics o de sus empleados.
- 7.** Durante el curso de mi atención y tratamiento, entiendo que pueden ser necesarios diversos tipos de exámenes, pruebas, procedimientos de diagnóstico o de tratamiento. Estos procedimientos pueden ser realizados por médicos, enfermeros, técnicos, asistentes médicos u otros profesionales de la salud. Si bien se realizan rutinariamente sin incidentes, pueden existir riesgos materiales asociados con estos procedimientos. Si tengo alguna pregunta con respecto a estos procedimientos, solicitaré a mi(s) médico(s) que me proporcionen información adicional. También entiendo que mi médico puede solicitarle que firme documentos adicionales de Consentimiento Informado relacionados con procedimientos específicos.
- 8.** Entiendo que los profesionales de la salud involucrados en mi atención se basarán en mi historial médico documentado, así como en otra información proporcionada por mí, por mi familia directa o por otras personas que posean información sobre mí, para determinar si realizar o recomendar ciertos procedimientos. Acepto proporcionar información precisa y exhaustiva con respecto a mi historial médico y a cualquier afección o evento que pueda influir en la toma de decisiones médicas. Certifico que he leído y comprendo el contenido de este documento y que la información que he proporcionado es precisa y completa (incluyendo la información del seguro y mi elegibilidad actual para recibir beneficios). Se podrá utilizar una copia de este documento con la misma validez que el original.
- 9.** Yo (nosotros) —el paciente o el representante del paciente—, así como los proveedores, empleados y agentes de Shining Star Pediatrics que presten o proporcionen atención médica, servicios de salud, servicios de seguridad, o servicios profesionales o administrativos directamente relacionados con la atención médica del paciente, acordamos lo siguiente: (1) que toda la atención médica prestada se registrará exclusiva y únicamente por las leyes del estado de Texas y, bajo ninguna circunstancia, se aplicarán las leyes de cualquier otro estado a la atención médica brindada al paciente; y (2) que, en caso de surgir una disputa, cualquier demanda, acción legal o causa de acción que de alguna manera se relacione con la atención médica proporcionada al paciente deberá presentarse únicamente ante un tribunal de Texas, en el condado o distrito donde se haya prestado —en su totalidad o en su mayor parte— dicha atención médica; y, bajo ninguna circunstancia, se podrá presentar demanda, acción legal o causa de acción alguna en cualquier otro estado. Las disposiciones de este párrafo relativas a la elección de la ley aplicable y a la selección del foro judicial son de carácter obligatorio y no meramente permisivo.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma de Madre, padre, o guardián: _____



2304 Judson Road Suite D
Longview Tx, 75605

P (903)-212-6060
F (903)-212-4466

shiningstarpedclinic@gmail.com

<https://shiningstarpediatrics.com>

Autorización para el Tratamiento de Menores

Reconocemos que es posible que los padres no siempre puedan estar presentes durante el tratamiento de su hijo pequeño o adolescente. Este formulario aborda la situación en la que su hijo es acompañado por otro adulto.

Yo (Padre/Madre/Guardián) _____

Autorizo a mi hijo/a _____

Fecha de Nacimiento _____

Mi hijo /a podrá recibir tratamiento y sus necesidades médicas podrán ser discutidas con las siguientes personas: Tenga en cuenta que los siguientes deberán de enseñar prueba de identificación.

Nombre:

Relación al Paciente:



REGISTRO DE INMUNIZACIÓN DE TEXAS (ImmTrac2)
Consentimiento para menores de edad



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

Primer nombre del menor Segundo nombre del menor Apellido del menor

Fecha de nac. del menor (mm/dd/aaaa) Sexo del menor: [] Femenino [] Masculino Teléfono Correo electrónico

Dirección del menor Núm. de apartamento o edificio

Ciudad Estado Código postal Condado

Nombre de la madre Apellido de soltera

Raza (seleccione todos los que correspondan): [] Indio americano o nativo de Alaska [] Asiático [] Negro o afroamericano [] Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico [] Blanco [] Otro
Grupo étnico (seleccione solo una): [] Hispanico o latino [] No hispano o latino [] Otro

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/a (hasta los 18 años de edad). Con su autorización, la información de las vacunas que recibe su hijo/a se incluirá en el ImmTrac2. Médicos, departamentos de salud pública, escuelas y otros profesionales autorizados pueden tener acceso a esta información para verificar que no falten vacunas importantes. Para más información consulte la § 161.007 (d) del Código de Salud y Seguridad de Texas en https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/html/HS.161.htm#161.007.

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 ImmTrac2. Una vez que los datos de las vacunas de mi hijo estén en ImmTrac2, las siguientes entidades tendrán, por ley, acceso a ella: un distrito de salud pública o departamento de salud local, por razones de salud pública, dentro de sus zonas de jurisdicción; un médico u otro proveedor de salud legalmente autorizado para aplicar vacunas, como parte del tratamiento al menor como su paciente; una dependencia estatal que tenga la custodia legal del niño; una escuela o guardería en la que el niño esté inscrito; un pagador autorizado por el Departamento de Seguros de Texas para operar en Texas lo relacionado con la cobertura del menor. Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento, llenando y enviando el formulario Withdrawal of Consent al ImmTrac2 del Texas DSHS.

La ley estatal permite la inclusión de los registros de vacunación de los socorristas y sus familiares directos en ImmTrac2. Se define como "socorrista" al empleado de la seguridad pública o voluntario cuyas funciones incluyen el responder rápidamente a una emergencia médica. Se define como "familiar directo" a los padres, cónyuges, hijos o hermanos que viven en el mismo hogar que el socorrista. Para más información, consulte la § 161.00705 del Código de Salud y Seguridad de Texas. https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/html/HS.161.htm#161.00705.

Marque la casilla de abajo para indicar si su hijo/a 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 ImmTrac2.
El padre o madre, tutor legal o titular de la custodia:
Nombre escrito a mano Firma Fecha

Aviso de confidencialidad: Con ciertas excepciones, usted tiene derecho a solicitar y recibir información sobre los datos que el estado de Texas recabe sobre usted. Usted tiene derecho a recibir y revisar la información si así lo solicita. También tiene derecho a pedir que la dependencia estatal corrija cualquier información que se determine que es incorrecta. Consulte el sitio http://www.dshs.texas.gov para más información sobre el aviso de confidencialidad. (Fuente: Código gubernamental, § 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

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



2304 Judson Road Suite D
Longview Tx, 75605

P (903)-212-6060
F (903)-212-4466

shiningstarpedsclinic@gmail.com

<https://shiningstarpediatrics.com>

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION / AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACION MEDICA

I authorize / Yo autorizo _____

To release information to: Shining Star Pediatrics
Divulgar información a: 2304 Judson Road Suite D
Longview, Texas 75605
P: (903) 212 6060 F: 903 212 4466

The Purpose of the release is for / El propósito de la publicación es:

Continuity of care or discharge planning/ Continuidad de los cuidados o planificación del alta
 At the request of the patient/patient representative/A petición del paciente/representante

Please specify the health information you authorize to be released/ Por favor, indique la información de salud que permite compartir:

Health summary/Sumario de salud Growth chart / curva de crecimiento
 Vaccine Record/ Registro de vacunas Sub-specialist Notes/ Notas del subespecialista
 labs and radiology Results/Resultados de laboratorio y radiología Other/otro _____

The following information will not be released unless you specifically authorized it/La siguiente información no será divulgada a menos que usted lo autorice específicamente:

Information pertaining to drug and alcohol abuse, diagnosis or treatment (42 C.F.R. 2.34 and 2.35)
 Information pertaining to mental health diagnosis/ Información relativa al diagnóstico/tratamiento de salud mental (Código de Bienestar e Instituciones 5328 y ss.).
 Release of HIV/AIDS test results (Health and Safety Code 120980(g)).
 Release of genetic testing information (Health and Safety Code 124980()).

Expiration Of Authorization Unless otherwise revoked, this Authorization expires _____ If no date is indicated the Authorization will expire 12 months after the date of my signing this form.

Sus derechos

Si no se indica ninguna fecha, la presente autorización para la divulgación de información de salud es voluntaria. El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para beneficios no pueden condicionarse a la firma de esta Autorización, salvo en los siguientes casos: (1) para llevar a cabo tratamientos relacionados con la investigación; (2) para obtener información en relación con la elegibilidad o la inscripción en un plan de salud; (3) para determinar la obligación de una entidad de pagar una reclamación; o (4) para Crear información de salud con el fin de proporcionarle a un tercero. Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento. La revocación debe realizarse por escrito, firmada por usted o su representante, y entregada a: Shining Star Pediatrics, 2304 Judson Rd., Suite D, Longview, TX 75605. La revocación surtirá efecto en el momento de su recepción, salvo en la medida en que Shining Star Pediatrics u otros ya hayan actuado basándose en ella. Usted tiene derecho a recibir una copia de esta Autorización.

Nombre del Paciente Fecha de nacimiento

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de Madre/Padre/guardián: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Relación al Paciente: _____