TRINITY PEDIATRICS / GALAXY PEDIATRICS

6105 Windcom Court , Suite 100
Plano , Texas 75093
Ph: 972-473-9063 Fax: 972-473-9059

556 Bluebird Lane
Red Oak Texas 75154
Ph: 972-617-6660 Fax: 469-218-0070

Fecha: _____ Como fue Referrido :_____

Nombre de Paciente : _____
Fecha de Nacimiento _____ Genero F/M? : _____
Direccion : _____Ciudad: _____
Estado : _____ Codigo Postal: _____

Nombre de Madre (o Guardian legal) : _____
Fecha de Nacimiento : _____
Direccion : _____ Ciudad : _____
Estado : _____ Codigo Postal :_____
Telefono: _____ Correo Electronico: _____
Numero de Licencia de Conducir / Id de Estado :
_____
Empleo: _____ Telefono de Empleo:_____

Nombre de Padre (o Guardian legal) : _____
Fecha de Nacimiento : _____
Direccion : _____ Ciudad : _____
Estado : _____ Codigo Postal :_____
Telefono: _____ Correo Electronico: _____
Numero de Licencia de Conducir / Id de Estado :
_____
Empleo: _____ Telfono de Empleo:_____

Son Guardianes legales los dos padres ? _____ Si respuesta es No ,
Nombre de Guardian Legal : _____

(**Si el Guardian Legal es alguien que no es padre /madre de paciente , por favor proveer una orden legal de assignada por la corte**)

TRINITY PEDIATRICS / GALAXY PEDIATRICS

Nombre Completo de Guardian: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Femenino / Masculino _____
Direccion: _____ Ciudad :_____ Estado :_____
Codigo postal: _____ Telefono : _____ Lic # _____
Occupacion: _____ Tel: _____

Yo, _____ (nombre de guardian) autorizo a las personas anotadas de traer a _____(nombre de paciente) a Trinity Pediatrics/ Galaxy Pediatrics

Nombre: _____ Relacion : _____

Nombre: _____Relacion: _____

Nombre: _____Relacion:_____

(se requiere tarjeta de Identificacion)

Contactos de Emergencia:

Nombre: _____ tel: _____
Relacion:_____

Nombre: _____ tel: _____
Relacion:_____

TRIN ITY PEDIATRICS, P.A.
6105 WINDCOM COURT, # 100 PLANO, TX 75093 PHONE: 972-473-9063 FAX: 972-473-9059

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGEMENT

I understand that under the Health Insurance Portability & Accountability Act of 1996 (HIPAA,) I have certain rights to privacy regarding my protected health information. I understand that this information can and will be used to:

- Conduct, plan and direct my treatment and follow-up among the multiple healthcare providers who may ne involved in that treatment directly and indirectly.
- Obtain payment from third-party payers.
- Conduct normal healthcare operations such as quality assessments and physician certifications.

I have received, read and understand your *Notice of Privacy Practices* containing a more complete description of the uses and disclosures of my health information. I understand that this organization has the right to change this *Notice of Privacy Practices* from time to time and that I may contact this organization at any time at the address above to obtain a current copy of the *Notice of Privacy Practices.*

I understand that I may request in writing that you restrict how my private information is used or disclosed to carry out treatment, payment or health care operations. I also understand you are not required to agree to my requested restrictions, but if you do agree then you are bound to abide by such restrictions.

******

AVISO DE RECONOCIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Entiendo que según la ley de portabilidad y rendición de cuentas de seguro médico de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi protegida información médica. Entiendo que esta información puede y será usado para:

- Planificar y dirigir el tratamiento y seguimiento entre todos los proveedores médicos y/o organizaciones dde salud que puedan estar envueltos en el tratamiento médico, directa o indirectamente.
-Obtener el pago por servicios médicos prestados.
-Realizar las operaciones normales de la salud tales como evaluaciones de calidad y certificaciones para los médicos y esta organización.

He recibido, leído y entiendo su aviso de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar este aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando y que puedo contactar esta organización en cualquier momento a la dirección anterior para obtener una copia actualizada del aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que puedo pedir por escrito que se restrinja el cómo mi información privada es usada o divulgada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o cuidado de la salud. También entiendo no es requisto que esta organizacion acepte dichas restricciones, pero en caso de aceptarlas, está obligada a regirse por ellas.

Patient's Name (Nombre del Paciente) _____

Name of Parent or Guardian (Nombre Padre, madre o encargado) _____

Signature Parent or Guardian (Firma padre, madre o encargado) _____

Date (fecha) _____

TRINITY PEDIATRICS, P.A./GALAXY PEDIATRICS
6105 Windcom Court # 100 Plano, TX 75093/ 556 Bluebird Ln. Redoak, Tx 75154
Phone: 972-473-9063 Fax: 972-473-9059 /Phone: 972-617-6660 Fax: 469-218-0070

NORMAS DE TRINITY PEDIACTRICS, PA

Nos comprometemos a proveerles el mejor cuidado médico posible. La mejor forma de lograr este objetivo es mantenerlos informados de las normas de nuestra oficina. Nuestra relación se beneficia si usted entiende dichas normas. Nos comprometemos a tratar a todos justamente y por igual.

SEGURO MEDICO:

Esperamos recibir el pago por servicios en el momento en que se ofrecen. "Pago" quiere decir deducible, co-seguros, o co-pago de seguros médicos en los que somos proveedores. Aceptamos efectivo, cheques, tarjetas de débito y crédito (Mastercard, Visa, American Express). Todos los balances deben ser pagados en 30 días, a menos que haya arreglos previos con nuestro departamento de cobros. A pesar de que verificamos su cubierta, los planes de seguro varían considerablemente y no podemos predecir o garantizar que parte de los servicios serán cubiertos. En última instancia, es su responsabilidad el estar familiarizado con sus beneficios. Citas que no son emergencia, por ejemplo, exámenes físicos, exámenes de niños sanos, etc, serán reprogramados si su cuenta tiene un balance y/o no puede hacer pagos. Si su familia está en dificultades económicas, por favor déjelo saber.

COBROS:

Le podemos proveer un estado detallado cada vez que su niño es tratado en nuestra oficina. Habrá un cargo de $10.00 si el pago no se hace en el momento de la visita o si no provee la información de seguro médico
El adulto, padre o madre que acompañe al niño a la visita será responsable de hacer el pago por la misma. En caso de divorcio, por favor, no nos ponga en medio de cualquier conflicto que surja. Es responsabilidad de ambos padres el ponerse de acuerdo previamente a quien le corresponde el pago de nuestros servicios. Entendemos que puedan existir problemas financieros que atrasen los pagos a su cuenta. Si surgiera un problema de esta naturaleza, le pedimos que se comunique con nuestra oficina para hacer arreglos para el pago de su cuenta. Cargos que no se paguen en 90 días después de la fecha de servicio serán considerados delicuentes y se enviarán a una agencia de cobros.

RECLAMACIONES A SEGUROS MEDICOS:

Si somos proveedores en la red de su seguro médico, todos los servicios recibidos en nuestra oficina serán sometidos a su seguro. No someta usted el reclamo al seguro, es nuestra responsabilidad. Los deducibles y co-pagos son su responsabilidad y se cobrarán de acuerdo a lo requerido por su seguro médico y la explicación de beneficios que acompaña cada pago. Por lo tanto, todos los balances no cubiertos por su seguro, pero permitidos por contrato, serán la responsabilidad del paciente. Y recalcamos, que todo pago por servicios se hace al momento de la visita.

CITAS PERDIDAS / CANCELACIONES TARDIAS:

Las citas perdidas representan un gasto para nosotros, para usted y para los pacientes que potencialmente se podrían citar durante ese tiempo. Nos reservamos el derecho de cobrar $35.00 por tardanzas, cancelaciones y citas perdidas. Para asegurarse que no habrá recargos debe cancelar con 24 horas de anticipación.

FORMAS Y CARGOS:
Formas que requieren información médica y requieren la firma del médico serán completadas y firmadas sin cargo adicional de $30.00. El completar formas fuera de visitas, tendrán un cargo. Por favor, complete todos los datos personales y el historial médico familiar antes de entregarlas a nuestro personal.

CESION DE PAGOS Y DIVULGACION DE INFORMACION:
Por este medio autorizo que mis beneficios médicos sean pagados directamente al médico y autorizo también la divulgación de información requerida para el proceso y pago de los reclamos de seguro médico. Entiendo que el pago de todos aquellos servicios que no sean cubiertos por mi seguro son mi responsabilidad.

He leído y entiendo plenamente este documento en que se desglosan las normas establecidas por Trinity Pediatrics, P.A. Estoy de acuerdo que si fuera necesario referir mi cuenta a una agencia de cobro, todos los cargos adicionales de dicha agencia, además de la cantidad original, serán mi responsabilidad.

Entiendo y me comprometo a cumplir los términos establecidos en las normas de Trinity Pediatrics, P.A. Concuerdo que estas normas podrán ser enmendadas en cualquier momento sin notificación previa.

_____ _____

Firma del Padre o Encargado **Fecha**

_____

Testigo

TRINITY PEDIATRICS

Historial Médico Familiar y del Paciente

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Problemas médicos de los **padres:** _____

_____

Problemas médicos de los **hermanos**: _____

_____

Use esta lista para identificar enfermedades presentes en la familia y en el paciente. Siéntase en la libertad de añadir otras enfermedades que no estén en la lista.

Condición	**No**	Si es afirmativo en ***PARIENTES,*** indique el parentesco.	Si es afirmativo en **PACIENTE,** indique edad cuando se diagnosticó u observó por primera vez.
Alergias			
Anemia			
Asma, Efisema			
Defectos congénitos			
Enfermedades de la sangre			
Enfermedades de los huesos o músculos			
Cáncer (especifique)			
Fibrosis quística			
Diabetes ( ) Adulto / ( ) Juvenil			
Alcoholismo o adicción a drogas			
Enfermedades de los ojos u oídos			
Enfermedades del corazón			
Presión alta			
Hiperactividad			
Infecciones (Frecuentes / Severas)			
Enfermedades de los riñones o hígado			
Problemas de aprendizaje			
Enfermedades o retardación mental			
Enfermedades metabólicas o genéticas			
Enfermedades neurológicas			
Obesidad			
Fiebre reumática			
Anemia falcicorme (sickle cell)			
Tuberculosis o exposición a ella			
Enfermedades de la tiroide			
Varicela			

Nota: Complete y explique cuando se aplique al ***PACIENTE SOLAMENTE.***

¿Hospitalizaciones o cirugías? _____

¿Reacciones a medicamentos? _____

¿Reacciones a inmunizaciones? _____

¿Su niño(a) ve y oye bien? _____

¿Opina usted que su niño(a) se está desarrollando normalmente? _____

¿La mayor parte del tiempo, le entiende a su niño(a) cuando habla? _____

¿Tiene su niño(a) algún problema actualmente? _____

TEXAS Health and Human Services | Texas Department of State Health Services

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
☐ Se negó a contestar

Grupo étnico (seleccione solo una):

☐ Hispanic 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/htm/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/htm/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

Texas Department of State Health Services
Immunization Section

Stock No. C-7
Revised 02/2024