



Ismaela Gomez DNP, APRN, CPNP, PMHS; Amy Long DNP, CPNP; Shaylon Rettig, MD

**Información para el paciente**

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_ F \_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono : \_\_\_\_\_

Madre/guardian: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Tele \_\_\_\_\_ Tele de Trabajo: \_\_\_\_\_

Correo electronico: \_\_\_\_\_

Padre/guardian: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Telé: \_\_\_\_\_ Tele de trabajo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Tele: \_\_\_\_\_

**El seguro:**

Seguro: \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Seguro Social#: \_\_\_\_\_ Nº de póliza: \_\_\_\_\_ Nº de grupo: \_\_\_\_\_

Seguro secundario: \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Nº de póliza: \_\_\_\_\_ Nº de grupo: \_\_\_\_\_

Medicaid: \_\_\_\_\_ Medicaid : \_\_\_\_\_ Autopago: \_\_\_\_\_

**Asignación y liberación:**

Yo, el abajo firmante, certifico que (o mi dependiente) tiene cobertura de seguro con la compañía de seguros arriba mencionada y asigna directamente a Premier Plus Pediatrics. Todos los beneficios del seguro, si hay alguno, de otra manera pagable a mí para los servicios rendidos. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por el seguro. Por la presente autorizo a los proveedores a divulgar toda la información para asegurar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones del seguro.

\_\_\_\_\_  
Firma de los padres/guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha



Ismaela Gomez DNP, APRN, CPNP, PMHS; Amy Long DNP, CPNP; Shaylon Rettig, MD

### Historia perinatal

Fecha de obtención del historial \_\_\_\_\_  
Nombre de paciente \_\_\_\_\_ Fecha De nacimiento \_\_\_\_\_  
Maternal Complications \_\_\_\_\_  
Term \_\_\_\_\_ Pre-Term \_\_\_\_\_ (semanas) Post -dates \_\_\_\_\_ (semanas)  
Peso \_\_\_\_\_ Parto: vaginal \_\_\_\_\_ Cesárea (motivo) \_\_\_\_\_  
Complicaciones infantiles: Problemas respiratorios \_\_\_\_\_ Jaundice \_\_\_\_\_ Infección \_\_\_\_\_  
Convulsiones \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_  
Desarrollo: Sentrase \_\_\_\_\_ (meses) Arrastrado \_\_\_\_\_ (meses) Caminó \_\_\_\_\_ (meses)  
Primeras palabras (que no sean ma-ma, da-da) \_\_\_\_\_ (meses)  
Historia de escuela \_\_\_\_\_

### Historia familiar

Enfermedades del corazón \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_ Trastornos hemorrágicos \_\_\_\_\_ Hipertensión \_\_\_\_\_  
Convulsiones \_\_\_\_\_ Alergias/Asma \_\_\_\_\_ Accidentes cerebrovasculares \_\_\_\_\_ Defectos de nacimiento \_\_\_\_\_  
Fibrosis quística \_\_\_\_\_ Colesterol elevado \_\_\_\_\_ Anemia/enfermedad de células falciformes \_\_\_\_\_  
Dificultades de aprendizaje \_\_\_\_\_ Enfermedad mental/emocional \_\_\_\_\_ Otros (abuso de sustancias, etc.) \_\_\_\_\_  
Nombre completo de los hermanos  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Historia social

Padres: Casados \_\_\_\_\_ Divorciados \_\_\_\_\_ Separados \_\_\_\_\_ Solteros \_\_\_\_\_ Viudos \_\_\_\_\_  
¿Quién vive en el hogar? \_\_\_\_\_  
Guardería: \_\_\_\_\_

### Historial del paciente

Alergias: \_\_\_\_\_  
Enfermedades: \_\_\_\_\_  
Historia de la varicela: \_\_\_\_\_  
Medicamentos actuales: \_\_\_\_\_  
Hospitalización/cirugías/lesiones grave: \_\_\_\_\_



Ismaela Gomez DNP, APRN, CPNP, PMHS; Amy Long DNP, CPNP; Shaylon Rettig, MD

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Orientación al paciente y política financiera

#### **Citas:**

- Las citas se harán en función del tipo de cita que se necesite
- Si llega más de 15 minutos tarde a su cita, es posible que se le pida que acuda a otro proveedor o que se cambie la fecha.
- Si no puede acudir a su cita, le rogamos que llame a la oficina con 24 horas de antelación para cancelarla.
- Cualquier cita programada que resulte en una cita perdida incurrirá en un cargo de \$25.00 por cita perdida. Una cita perdida es cualquier cita que se pierde o no se cancela dentro de las 24 horas.
- No podemos ver la patente de un menor sin la presencia de sus padres u otro adulto responsable.
- Cuando su hijo cumple 18 años se le considera un adulto y como tal no podemos divulgar ninguna información sin su consentimiento por escrito.

#### **Seguros/cuotas:**

- Los copagos en el momento de la visita, las cantidades deducibles pueden establecerse como planes de pago, y cualquier saldo de las visitas anteriores se debe en el momento del servicio.
- Por favor, verifique los beneficios de la atención preventiva con su compañía de seguros, incluyendo la limitación, las exclusiones y la cobertura de las vacunas.
- Durante su visita de bienestar si se descubre, discute y trata otro problema o diagnóstico puede haber un cargo adicional.
- Los pacientes no asegurados pueden consultar la sección de autopago más abajo
- Presente su tarjeta en cada visita y actualice sus datos personales (dirección, número de teléfono, etc.) en cuanto haya un cambio.

#### **Emergencias/Urgencias:**

- Será atendido en nuestra oficina por un proveedor que esté disponible o por un miembro del personal clínico
- Se le atenderá dentro de las 24-48 horas siguientes a la llamada con afecciones como fiebre alta, mordedura de animal, dolor intenso, etc.
- El proveedor considera que las urgencias del hospital son más apropiadas, es decir, un traumatismo grave, una hemorragia severa, convulsiones, dolores en el pecho, dificultad para respirar, etc.

#### **Prescripción electrónica:**

- Autorizo a Premier Plus Pediatrics a permitir la prescripción electrónica de la receta del paciente, lo que permite a los proveedores de atención médica transmitir electrónicamente las recetas a la farmacia de mi elección, revisar la información de beneficios de la farmacia y el historial de dispensación médica mientras este niño sea paciente de esta oficina.

#### **Fuera de horario:**

- Tenemos un proveedor de guardia, las 24 horas del día, para atender las necesidades médicas urgentes y de emergencia. Por favor llame a la oficina al 830-491-5019 y siga las instrucciones dadas.

#### **Pacientes que pagan por su cuenta:**

Los cargos estimados para su visita con uno de nuestros proveedores se determinarán en el momento de la salida. Se le ofrecerá un descuento por pagar usted mismo si paga la totalidad en el momento de la salida. Si hay cargos adicionales basados en su tipo de visita, se le enviará un estado de cuenta para el pago adicional. Si tiene alguna pregunta, llame a nuestra oficina y pida hablar con el departamento de facturación.

Firma del padre/guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Ismaela Gomez DNP, APRN, CPNP, PMHS; Amy Long DNP, CPNP; Shaylon Rettig, MD

### Formulario de Consentimiento

Debido a cualquier circunstancia en ausencia de los padres yo, (nombre del padre)  
\_\_\_\_\_ doy mi permiso para que la(s) siguiente(s) persona(s)  
autorice(n) la atención médica/decisiones para mi(s) hijo(s) (nombre del niño)  
\_\_\_\_\_.

1. Nombre \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_
2. Nombre \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_
3. Nombre \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_
4. Nombre \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Firma del paciente/guardian: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Mi firma a continuación significa que se me ha proporcionado el Aviso de Prácticas de Privacidad de Premier Plus Pediatrics. El Aviso de Prácticas de Privacidad describe los tipos de usos y divulgaciones de mi información de salud protegida (PHI) que se producirá en mi tratamiento, el pago de mis facturas o en el desempeño de las operaciones de atención médica de la Premier Plus Pediatrics. El Aviso de Prácticas de Privacidad de Premier Plus Pediatrics también se proporciona en la recepción. Este Aviso de Prácticas de Privacidad también describe mis derechos y los deberes de Premier Plus Pediatrics con respecto a mi información de salud protegida.

Doy mi consentimiento para utilizar la telesalud cuando sea apropiado \_\_\_ sí \_\_\_ no

Firma del paciente/guardian: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



Ismaela Gomez DNP, APRN, CPNP, PMHS; Amy Long DNP, CPNP; Shaylon Rettig, MD

**Authorization for Release of Records**

Patient Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Telephone Number: \_\_\_\_\_

**I authorize the release of medical information as indicated below:**

**FROM:**

**TO:**

Name \_\_\_\_\_

Name: Premier Plus Pediatrics

Address \_\_\_\_\_

Address: 932 S. State Hwy 123, bypass

\_\_\_\_\_

Seguin, Tx 78155

Phone \_\_\_\_\_

Phone: 830-491-5019/ Fax: 830-491-5109

I would like to pick up my records

I would like my records mailed to address above

**What to release: Please choose the records you would like to release-**

All Medical Records     Immunization Records     Laboratory Reports

Other-Specify \_\_\_\_\_

**The records listed below have special protection by laws. I authorize the release of information pertaining to:**

The diagnosis or treatment of AIDs, including HIV test  Yes  No/NA

The diagnosis or treatment of drug and/or alcohol abuse  Yes  No/NA

The treatment and/or consultation for mental health  Yes  No/NA

**Purpose of release: Please check the reason for this release**

Continue patient care     Moving     Switching doctor's     Personal use

Use in law suit     Follow-up related to an injury     Other-specify \_\_\_\_\_

**Expiration date: This authorization will expire in sixty days unless otherwise indicated below:**

Please change the expiration date to last for \_\_\_\_\_ days

I understand this authorization can be revoked at any time to Premier Plus Pediatrics privacy practices. This request must be made in writing and sent to the same place as the original request. Attach a copy of the release if possible. Treatment, payment, enrollment in any health plan is not conditioned on signing this authorization.

Once these records are released, the information is not protected by Premier Plus Pediatric and may potentially be re-disclosed by the party who received these records. Premier Plus Pediatrics, its employees and officers, and attending physicians are released for legal responsibility or liability for the above information to extent indicated and authorized.

I have read and understand this information. I have received a copy of this form and I am the patient or am authorized to act on behalf of the patient to sign this document verifying authorization for the use of the protected health information under the above stated terms.

Signature of parent/legal guardian \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



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



(Llene a mano claramente)

Primer nombre del menor \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de nac. del menor (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_ \*Solo para menores de 18 años Sexo del menor:  Femenino  Masculino Teléfono \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección del menor \_\_\_\_\_ Núm. de apartamento \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Nombre de la madre \_\_\_\_\_ Apellido de soltera \_\_\_\_\_

<b>Raza (seleccione todos los que correspondan):</b> <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Se negó a contestar			<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Otro		<b>Grupo étnico (seleccione solo una):</b> <input type="checkbox"/> Hispánico o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino <input type="checkbox"/> Se negó a contestar
---	--	--	---	--	---	--	---

ImmTrac2, el registro de vacunaciones de Texas, 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 (hasta los 18 años de edad). Con su debida autorización, la información de las vacunas que recibe su hijo se incluirá en el registro ImmTrac2. Médicos, departamentos de salud pública, escuelas y otros profesionales autorizados pueden tener acceso a esta información para verificar que no falten vacunas importantes.

**El Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas lo anima a que participe de forma voluntaria en el registro de inmunización de Texas.**

**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 el registro central de inmunización de Texas ("ImmTrac2"). Una vez que los datos de las vacunas de mi hijo estén en el 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 para incluir los datos de mi hijo en el registro ImmTrac2 para divulgar la información contenida en el registro en cualquier momento, enviando una carta a esta dirección: Texas Department of State Health Services, ImmTrac Group – MC 1946, P. O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

**Con mi firma a continuación, DOY mi consentimiento para el registro. Deseo INCLUIR los datos de mi hijo en el Registro de Inmunización de Texas.**

Padre, tutor o titular de la custodia: \_\_\_\_\_ Nombre escrito a mano \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**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, secciones 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

¿Tiene alguna pregunta? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • [www.ImmTrac.com](http://www.ImmTrac.com)  
Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

**PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac2**  
Please enter client information in ImmTrac2 and affirm that consent has been granted.  
**DO NOT fax to ImmTrac2. Retain this form in your client's record.**