Abilene Children's Medical Association, LLP

2150 Cedar St. Abilene, Texas 79601

Informacion del Paciente

Apellido_____ Nombre_____

Fecha de nacimiento_____ Edad_____ Sexo ☐ Varon ☐ Hembra

Domicilio_____

(Ciudad, Estado, Codigo Postal)_____

Parentesco_____

Telefono _____ Seguro Social_____

Hospital donde nacio?_____

Nombre Completo de la Madre_____ Numero del seguro Social de la Madre_____

Fecha de nacimiento de la madre_____ Nombre de Soltera_____

Nombre Completo del padre_____ Numero del seguro Social del padre #_____

Fecha de nacimiento del padre_____

Otros hijas que son pacientes en esta oficina_____

Piensa usted que vacunará a sus hijos con las dosis recomendadas? Si / No

Nosotros no aceptamos pacientes que se niegan a aceptar las vacunas recomendadas. Si por alguna razón usted no acepta vacunar a sus hijos después que es nuestro paciente, terminaremos nuestra relación entre paciente y doctor.

Persona Responsable

Apellido_____ Nombre_____

Domicilio_____(Ciudad, Estado, Codigo postal)_____

Empleado? S / N Lugar de Empleo_____ Numero de teléfono del trabajo _____

Numero de Telefono de su casa#_____ Numero de Telefono de la Celula_____

Fecha de nacimiento _____ Numero del segur social _____

Contacto de la Emergencia

Amigo o pariente que no vive con usted

Nombre	Parantesco	Telefono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Informacion del Seguro

Sostenedor de Seguro_____
Relacion al Paciente_____
Numero de Seguro Social_____
Fecha de nacimiento_____
Nombre del la aseguranza_____
Numero de Identificacion_____
Numero de Grupo_____

Sostenedor de Seguro_____
Relacion al Paciente_____
Numero de Seguro Social_____
Fecha de nacimiento_____
Nombre del la aseguranza_____
Numero de Identificacion_____
Numero de Grupo_____

He repasado y entiendo las politicas de la oficina de Abilene Children's Medical Association.

He aqui, trasfiero por este medio, Abilene Childrens Medical Association todas mis derechas, titulo, y el interes para mi reembolso medico beneficia debajo de mi Seguro Privado o Medicaid politica. Autorizo el lanzamiento de cualquier informacion medica necesario para determiner estas ventajas. Esta authorization seguira siendo valida hasta aviso escrito es dado por mi que revoca la autorizacion dicha. Entiendo que soy financieramente responsible de todas las cargas si o no son cubierto cerca Seguro o Medicaid.

Firma Responsible del Partido_____Fecha_____

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

REGISTRO DE INMUNIZACIÓN (ImmTrac2) FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA MENORES

(Favor de escribir claramente con letra de molde)

Apellido del Niño(a)

Nombre del Niño(a) **Segundo Nombre del Niño(a)**

/ / *Solamente niños menores de 18 años. **Género:** ☐ **Masculino** ☐ **Femenino**

Fecha de Nacimiento del Niño(a)

Dirección del Niño(a), Calle **Apartamento #** **Teléfono** -

Ciudad **Estado** **Código Postal** **Condado**

Nombre de la Madre **Apellido de Soltera de la Madre**

ImmTrac2, el registro de inmunización de Texas, es un servicio gratis que proporciona el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS). El registro de inmunización es un servicio seguro y confidencial que consolida y guarda el récord de inmunizaciones de su niño(a) (menor de 18 años de edad). Con su consentimiento, la información de la inmunización de su niño(a) será incluida en ImmTrac. Los doctores, departamentos de salud pública, escuelas y otros profesionales autorizados pueden tener acceso al historial de inmunización de su niño(a) para asegurar que las vacunas importantes no le falten.

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

Consentimiento Para Registrar al Menor y Dar a Conocer los Documentos de Inmunización a las Entidades Autorizadas

Entiendo que, con mi consentimiento a continuación, autorizo que se dé a conocer la información de inmunización del menor al DSHS, y además entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro central de inmunización del estado ("ImmTrac2"). Una vez que la información del menor esté en ImmTrac2, por ley la puede acceder:

- el distrito de salud pública o el departamento de salud local, para propósitos de salud pública dentro de sus áreas de jurisdicción;
- el médico, o algún otro médico o proveedor de atención de salud legalmente autorizado para administrar vacunas, en el tratamiento del menor como paciente;
- la agencia estatal que tenga la custodia legal del menor;
- la escuela o la guardería de Texas en que el menor esté inscrito;
- el pagador, actualmente autorizado por el Departamento del Seguro de Texas para operar en Texas, con respecto a la cobertura del menor.

Entiendo que puedo retirar este consentimiento para incluir información sobre el menor en el Registro de ImmTrac2 y mi consentimiento para dar a conocer la información del registro en cualquier momento mediante comunicación escrita a Texas Department of State Health Services, ImmTrac2 Group – MC 1946, P. O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

Al firmar abajo, YO AUTORIZO el consentimiento para registrarlo. Deseo INCLUIR la información de mi niño(a) en el registro de inmunización de Texas.

Alguno de los padres, tutor legal o administrador de bienes: _____

Escriba con letra de molde

_____ Fecha

_____ Firma

Notificación Sobre Privacidad: Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a *http://www.dshs.texas.gov* para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

Al rellenarlo, mándelo por fax o correo postal al Grupo ImmTrac2 del DSHS o a un proveedor de salud inscrito.

¿Tiene preguntas? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • 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.**