

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 aseguanza _____

Numero de Identificacion _____

Numero de Grupo _____

Sostenedor de Seguro _____

Relacion al Paciente _____

Numero de Seguro Social _____

Fecha de nacimiento _____

Nombre del la aseguanza _____

Numero de Identificacion _____

Numero de Grupo _____

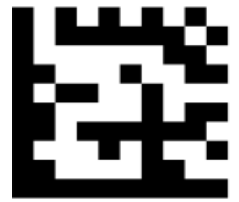
He repasado y entiendo las politicas de la oficina de Abilene Children's Medical Association.

He aqui, transfiero 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 determinar estas ventajas. Esta authorization seguira siendo valida hasta aviso escrito es dado por mi que revoca la autorizacion dicha. Entiendo que soy financieramente responsable de todas las cargas si o no son cubierto cerca Seguro o Medicaid.

Firma Responsable del Partido _____ Fecha _____



REGISTRO DE INMUNIZACIÓN (ImmTrac2)
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA MENORES



(Favor de escribir claramente con letra de molde)

Grid for last name

Apellido del Niño(a)

Grid for first name

Nombre del Niño(a)

Grid for second name

Segundo Nombre del Niño(a)

Grid for birth date

*Solamente niños menores de 18 años.

Género: Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento del Niño(a)

Grid for address

Dirección del Niño(a), Calle

Grid for apartment

Apartamento #

Grid for phone

Teléfono

Grid for city

Ciudad

Grid for state

Estado

Grid for postal code

Código Postal

Grid for mother's name

Nombre de la Madre

Grid for mother's last name

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).

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").

- 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: Escribe 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.

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.