

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Nombre: _____ Media: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: _____ Número de Seguridad Social: _____ Raza: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Teléfono Celular: _____ Otros: _____

PADRES / INFORMACIÓN DEL TUTOR

MADRE

Nombre: _____

Nombre de Soltera: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Número de Seguridad Social: _____

Raza: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____

Empleador: _____

Ocupación: _____

Teléfono del trabajo: _____

Idioma principal: _____

Correo electrónico: _____

PADRE

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Número de Seguridad Social: _____

Raza: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____

Empleador: _____

Ocupación: _____

Teléfono del trabajo: _____

Idioma principal: _____

Correo electrónico: _____

INFORMACIÓN CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Relación: _____

SEGURO PRIMARIO

Suscriptor: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Número de Seguridad Social: _____

Pagador: _____

Número de Póliza: _____

Número de Grupo: _____

Valley Kidz Clinic
Riaz Shareef MD

5325 S. McColl Rd, Edinburg, Texas, 78539
Ph: 956-331-2244. Fax: 888-569-5439

Valley Kidz Clinic
Riaz Shareef MD

1900 S Jackson Rd, McAllen, TX 78503
PH: 956-331-2117 Fax: 888-568-5242

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO:

Por la presente autorizo el pago directo de mis beneficios de seguro a la clínica o médico por los servicios prestados a mí o a mis dependientes por el médico o bajo su supervisión. Entiendo que es mi responsabilidad saber mis beneficios de seguro y si son o no los servicios que voy a recibir un beneficio cubierto. Entiendo y acepto que seré responsable de cualquier pago o saldo clínica es incapaz de recoger de mi aseguradora por cualquier razón.

BENEFICIOS DEL SEGURO DE MEDICARE/MEDICAID/CHIPS:

Certifico que la información dada por mí en la aplicación de pago en estos programas es correcta. Autorizo la liberación de cualquiera de mí o mis registros dependientes pueden solicitar estos programas. Por la presente ordeno que sobre mi persona o mis beneficios dependientes autorizados pagar directamente a la clínica o el médico en mi nombre.

AUTORIZACIÓN A LA INFORMACIÓN PERSONAL NO PÚBLICA DE LIBERACIÓN:

Certifico que he recibido y leído una copia de la política de privacidad de información de paciente. Autorizo la liberación de cualquier mina o mi dependientes médicos o incidentales información no pública personal que sea necesario para la evaluación médica, tratamiento, consulta o la tramitación de beneficios de seguro.

AUTORIZACIÓN PARA CORREO, LLAMADA O CORREO ELECTRÓNICO:

Certifico que entiendo el riesgo de la privacidad del correo, llamadas telefónicas y correo electrónico. Autorizo por este medio un representante de la clínica a por correo, llame o envíeme un correo electrónico con comunicaciones sobre mí o mi salud dependientes, incluyendo pero no limitado a las cosas tales como recordatorios de citas, arreglos de referencias y resultados de laboratorio. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento notificándolo a clínica por escrito.

SERVICIOS DE LABORATORIO Y X-RAY/DIAGNÓSTICO:

Entiendo que mi o mis dependientes podrán recibir un proyecto de ley separado si servicios de atención médica, incluyendo laboratorios, rayos x o por otro diagnóstico que no están cubiertos por las compañías de seguros. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier pago o saldo debido por estos servicios si no son reembolsados por la mía o mi proveedor de seguros dependientes por cualquier razón.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO:

Por la presente da su consentimiento para la evaluación, prueba y tratamiento como se indica y es necesario por proveedor.

FIRMA: _____

FECHA: ____ / ____ / ____

RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL GARANTE: _____

FECHA: ____ / ____ / ____

NOMBRE DEL GARANTE: _____

Valley Kidz Clinic
Riaz Shareef MD
5325 S. McColl Rd, Edinburg, Texas, 78539
Ph: 956-331-2244. Fax: 888-569-5439

Valley Kidz Clinic
Riaz Shareef MD
1900 S Jackson Rd, McAllen, TX 78503
PH: 956-331-2117 Fax: 888-568-5242

Patient Name: _____ DOB: _____

May this form serve as a legal notice that I, _____, parent/ legal guardian herewith my signature give legal consent for the individuals listed below to act on my behalf/capacity with regards to the disclosure of medical information, signing medical release forms and consents, and accepting medical treatment deemed necessary by the staff at the Clinic including, but not limited to laboratory testing, immunizations, x-rays, nebulizer treatments, injections, and/or any medications in office for immediate acute care of your child.

1. _____
2. _____
3. _____

By signing below, I give consent and fully acknowledge that I have read the above information and that I fully understand the consent I am affording the above referenced individuals.

Parent/Legal Guardian Signature

Date

Sirva esta forma como un aviso legal que yo, _____ padre / tutor legal adjunto mi firma dar consentimiento legal para los individuos listados abajo para actuar en mi nombre y capacidad en cuanto a la divulgación de información médica, firma los formularios de alta médica y consentimientos, y aceptar tratamiento médico necesario por el personal de la clínica, incluyendo pero no limitado a pruebas de laboratorio , vacunas, rayos x, tratamientos con aerosoles, inyecciones o medicamentos en la oficina para la atención aguda inmediata de su hijo.

1. _____
2. _____
3. _____

Al firmar abajo, doy consentimiento y reconocer que he leído la información anterior y que comprendo totalmente el consentimiento estoy permitiendo lo anterior hace referencia a individuos.

Parent/Legal Guardian Signature

Date

Valley Kidz Clinic
Riaz Shareef MD
5325 S. McColl Rd, Edinburg, Texas, 78539
Ph: 956-331-2244. Fax: 888-569-5439

Valley Kidz Clinic
Riaz Shareef MD
1900 S Jackson Rd, McAllen, TX 78503
PH: 956-331-2117 Fax: 888-568-5242

Liberación de registros médicos

Nombre del Paciente: _____ D.O.B.: _____

Para: _____

TE AUTORIZO POR ESTE MEDIO A REGISTROS MÉDICOS DE LIBERACIÓN:

Cualquier información incluyendo el diagnóstico y registros de cualquier tratamiento o examen en su oficina. Si usted tiene alguna pregunta por favor llame a nuestra oficina.

1. Laboratorios
2. Rayos x / imágenes
3. Informes CONSULTAION
4. Descarga Resumen
5. Notas de progreso
6. Registros de vacunas
7. Otros

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

VALLEY KIDZ CLINIC

Aviso de prácticas de privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR LÉALA CUIDADOSAMENTE.

Usos y divulgaciones

Tratamiento: Su información de salud puede utilizarse por los miembros del personal o compartida con otros profesionales de la salud con el fin de evaluar su salud, diagnosticar condiciones médicas y tratamiento. Por ejemplo, resultados de pruebas de laboratorio y procedimientos estarán disponibles en su expediente médico a todos los profesionales de la salud que puede proporcionar tratamiento o que podrá ser consultado por los miembros del personal.

Pago: Su información médica puede utilizarse para buscar el pago de su plan de salud, de otras fuentes de cobertura como una aseguradora de automóviles o de las compañías de tarjetas de crédito que puede utilizar para pagar los servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar y recibir información sobre fechas de servicio, los servicios prestados y la dolencia a tratar.

Operaciones de atención médica: Información sobre su salud puede utilizarse como sea necesario para apoyar las actividades día a día y gestión de Valley Kidz Clinic. Por ejemplo, información sobre los servicios que recibió puede utilizarse para apoyar el presupuesto y financieros informes y actividades para evaluar y promover la calidad.

Encargados de hacer cumplir la ley: Su información de salud puede divulgarse a agencias policiales para apoyar gobierno de auditorías e inspecciones, para facilitar las investigaciones policiales, y cumplir con el gobierno por mandato informes.

Salud pública informes: Su información de salud puede divulgarse a agencias de salud pública como exige la ley. Por ejemplo, estamos obligados a informar ciertas enfermedades contagiosas al Departamento de salud pública del estado.

Otros usos y divulgaciones requieren su autorización. La divulgación de su información de salud o su uso para fines distintos de los arriba mencionados requiere la específica autorización por escrito. Si usted cambia su mente después de autorizar un uso o divulgación de su información usted puede enviar una escrito revocación de la autorización. Sin embargo, su decisión de revocar la autorización no afectar o anular cualquier uso o divulgación de información que ocurrió antes de su notificación de su decisión para revocar su autorización.

Usos adicionales de la información

Recordatorios de citas: Se utilizará su información de salud por nuestro personal para enviarle recordatorios de la cita.

Información sobre tratamientos: Su información médica puede utilizarse para enviarle información que puede resultar interesante en el tratamiento y manejo de su dolencia... También podemos enviarle información describiendo otros relacionados con la salud productos y servicios que creemos te pueden interesar.

Recaudación: a menos que usted nos solicita no, usaremos su nombre y dirección para apoyar nuestros esfuerzos de recaudación de fondos. Si no desea participar en los esfuerzos de recaudación de fondos, por favor marque el siguiente cuadro.

Derechos individuales

Usted tiene ciertos derechos bajo las normas federales de privacidad. Estos incluyen:

- El derecho a solicitar restricciones sobre el uso y divulgación de su información de salud protegida
- El derecho a recibir comunicaciones confidenciales sobre su condición médica y tratamiento
- El derecho de inspeccionar y copiar su información protegida de salud
- El derecho a modificar o presentar las correcciones a su información de salud protegida
- El derecho a recibir una contabilidad de cómo y a quién ha sido revelada su información médica protegida
- El derecho a recibir una copia impresa de este aviso

Deberes de Valley Kidz Clinic

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información protegida de salud y proporcionarle este aviso de prácticas de privacidad.

También estamos obligados a acatar las políticas de privacidad y las prácticas que se describen en este aviso.

Derecho de modificar las prácticas de privacidad

En la medida permitida por la ley, nos reservamos el derecho de modificar nuestras políticas de privacidad y prácticas. Estos cambios en nuestras políticas y prácticas pueden ser requeridos por cambios en la federal y las leyes estatales y reglamentos. A petición, daremos que con el aviso más recientemente revisado en cualquier oficina de visita. La revisión de las políticas y prácticas se aplicará a toda información de salud protegida que mantenemos.

Pide que revise la información de salud protegida

Generalmente puede inspeccionar o copiar la información de salud protegida que mantenemos. Lo permitido por la regulación federal, requerimos presentarse solicitudes para inspeccionar o copiar información protegida de salud por escrito. Usted puede obtener un formulario para solicitar acceso a sus registros de ponerse en contacto con personal de la clínica del valle Kidz. Su solicitud será revisada y generalmente será aprobada a menos que haya razones legales o médicos para negar la solicitud.

Quejas

Si desea enviar algún comentario o queja acerca de nuestras prácticas de privacidad, puede hacerlo enviando una carta exponiendo sus inquietudes a:

Valley Kidz Clinic Riaz Shareef MD 5325 S. McColl Rd, Edinburg, Texas, 78539 Ph: 956-331-2244. Fax: 888-569-5439

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, debe llamar el asunto a la atención mediante el envío de una carta explicando el motivo de su preocupación a la misma dirección.

No ser sancionado o si no tomó represalias contra para archivar una queja.

Persona de contacto

El nombre y la dirección de la persona que usted puede póngase en contacto con para más información sobre nuestras prácticas de privacidad es:

Valley Kidz Clinic
Riaz Shareef MD
5325 S. McColl Rd, Edinburg, Texas, 78539
Ph: 956-331-2244. Fax: 888-569-5439

Fecha de vigencia

Este aviso es efectivo en o después del 03/01/2016

Reserva del derecho de cambiar las prácticas de privacidad

Valley Kidz Clinic se reserva el derecho a modificar las prácticas de privacidad descritas en el aviso.

Firma

He revisado este formulario de consentimiento y autorizo Valley Kidz Clinic para el uso y divulgación de mi información de salud conforme a esta autorización.

Nombre del paciente: _____

Firma (padre o tutor): _____

Fecha: _____

Si esta autorización es firmada por un representante personal en nombre de la paciente, complete lo siguiente:

Nombre del representante personal: _____

Relación con el paciente: _____