

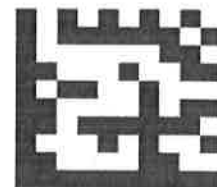
## Datos Demográficos

<b>FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTE (FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE)</b>				CPS/Foster Child? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
<b>INFORMACIÓN DEL PACIENTE</b>					
Apellido:		Primer nombre:		Segundo nombre:	
Fecha de nacimiento:		Numero de teléfono del paciente:		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Dirección del paciente:				Numero de seguro social #	
Farmacia preferida:		Dirección de la farmacia:			
Correo electrónico:					
Raza (por favor marque uno): <input type="checkbox"/> Indio Americano/ Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco o Caucásico <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Paciente Rechazo <input type="checkbox"/> Desconocido					
Etnicidad del paciente (por favor marque uno): <input type="checkbox"/> Latino/hispano <input type="checkbox"/> Otro					
Idioma principal: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro					
<b>INFORMACIÓN DEL GUARDIAN/TUTOR LEGAL #1?</b>					
Apellido:		Nombre:		Fecha de nacimiento:	
Seguro Social:		Relacion hacia el paciente:		Numero de celular:	
<input type="checkbox"/> Vive con el Paciente		<input type="checkbox"/> Persona responsable de la factura			
<b>INFORMACIÓN DEL GUARDIAN/TUTOR LEGAL #2?</b>					
Apellido:		Nombre:		Fecha de nacimiento:	
Seguro Social:		Relacion hacia el paciente :		Numero de trabajo:	
<input type="checkbox"/> Vive con el Paciente		<input type="checkbox"/> Persona responsable de la factura			
<b>CONTACTOS DE EMERGENCIA</b>					
Nombre:		Relación:		Numero de teléfono:	
Nombre:		Relación:		Numero de teléfono:	
<b>DELEGACION DE CONSENTIMIENTO - Quien está autorizado a traer al paciente para su cuidado?</b>					
Nombre:		Relación:		Fecha de nacimiento:	
Nombre:		Relación:		Fecha de nacimiento:	
Nombre:		Relación:		Fecha de nacimiento:	
<p>Certifico que la información contenida en este formulario es verdadera y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad y obligación informar a Children's Health Pediatric Group si la información contenida en este formulario cambia en el futuro. Autorizo a las personas mencionadas a dar su consentimiento a toda la atención medica/tratamiento para este niño por parte de un proveedor de atención medica de Children's Health Pediatric Group. Esta delegación es válida hasta que retire este consentimiento. Entiendo que el hecho de no estar presente en el momento de mi cita resultara en un "no presente". En el futuro los no presente puede resultar en la necesidad de transferir su cuidado a otro proveedor.</p>					
Firma del padre o tutor legal:				Fecha:	



Texas Department of State 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 ImmTrac2. 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, ImmTrac 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)

¿Tiene preguntas? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • [www.ImmTrac.com](http://www.ImmTrac.com)  
Texas Department of State Health Services • ImmTrac 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.**

**SOLICITUD DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PRIVADA**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de seguro social \_\_\_\_\_  
 Número de expediente \_\_\_\_\_

Yo, como paciente o su representante legalmente autorizado, solicito que se divulgue la siguiente información médica privada (expediente clínico) con fines de tratamiento:

- Todo el expediente clínico del paciente indicado arriba
- Otros \_\_\_\_\_

Entiendo que los expedientes divulgados pueden incluir información relacionada con la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y/o acerca de tratamiento o antecedentes de alcoholismo o drogadicción; atención por problemas mentales, de comportamiento o psiquiátricos. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla.

<b>Divulgación de expediente de:</b>
Nombre:
Dirección:
Ciudad/Estado/Código postal:
Número telefónico:
Número de fax:

Favor de enviar el expediente a: Dr. \_\_\_\_\_

Children's Health  
 Pediatric Associates of Plano  
 6130 W Parker Rd, Ste 410  
 Plano, Texas 75093  
 Ph: 469-303-8380 Fax: 469-303-0673  
 email: pap.staff@childrens.com

Entiendo que las leyes y normativas federales no exigen autorización para la divulgación de información médica protegida con fines de tratamiento. El objetivo de este formulario es proporcionar un medio de comunicación formal por escrito para solicitar información médica protegida entre proveedores de servicios de salud. Esta solicitud vencerá al cabo de 180 días, excepto cuando se haya revocado antes.

\_\_\_\_\_  
 Firma del padre, la madre o el tutor legal Nombre con letra de molde del padre, la madre o el tutor legal

\_\_\_\_\_  
 Parentesco con el paciente

\_\_\_\_\_  
 Fecha