

Carrollton Pediatrics

Patient Information / Forma De Registracion

Patient Last Name (Apellido): _____ **First (Primer Nombre):** _____
Address (Direccion): _____ Apt# _____
City (Cuidad): _____ State (Estado): _____ Zip (Codigo Postal): _____
Cell number (Telefono cell.): _____ Age (Edad): _____
Date of Birth (Fecha de Nacimiento): _____ Sex (Sexo): Male / Female
SS#: _____ - _____ - _____ Race: American Indian or Alaska Native Asian Black or African American Ethnic group: _____
 Native Hawaiian and other Pacific Islander White Hispanic Non-Hispanic

Mother's / Guardian Name (Nombre de la Madre): _____
Address (Direccion): _____
City (Cuidad): _____ State (Estado): _____ Zip (Codigo Postal): _____
Date of Birth (Fecha de Nacimiento): _____ SS# (Numero de Seguro): _____
Cell (Cellular):() _____ Email: _____ @ _____ .com
Work(Trabajo):() _____ Occupation: _____ Employer(Empleador): _____
Emergency Contact (Contacto de emergencia): _____ Phone (Telefono): _____
Primary Language(Idioma Primario): _____

Father's Name (Padre): _____ **Date of Birth (Fecha de Nacimiento):** _____
Address (Direccion): _____
City (Cuidad): _____ State (Estado): _____ Zip (Codigo Postal): _____
SS# (Numero de Seguro): _____ Home Phone (Telefono / Casa): _____
Work (Trabajo): _____ Cell (Cellular): _____
Occupation: _____ Employer(Empleador): _____

Primary Insurance (Nombre de Aseguranza): _____
Address (Direccion): _____
Phone (Telefono): _____ Effective Date (Fecha de efecto): _____
Policy Number (Numero de Poliza): _____ Group (Grupo): _____
Name of Policy Holder (Nombre): _____ DOB (Fecha de Nacimiento) _____

Secondary Insurance (Nombre de Aseguranza): _____
Phone Number (Telefono): _____ Name (Nombre): _____
DOB (Fecha de Nacimiento): _____ SSN (Numero de Seguro) _____
Policy # (# de Poliza) _____

Referred By:*Referrio Por:* Website Money Mailer Friend Hospital Yellow Pages Other: _____

Signature: _____ Date: _____

CARROLLTON PEDIATRICS

Acknowledgement of Receipt of HIPPA Notice of Privacy Practices

I have received a copy and/ or read the "Notice of Privacy Practices." which explains how my medical information will be used and disclosed. Copy is available upon request.

Yo he leído/ recibido una copia de la "Poliza de Privado" de esta oficina, en la que explica como mi informacion medica sera usada y obtenido. Copia esta disponible si gusta.

In effort to comply with the Health Information Privacy Act (HIPPA), we need to be certain that we guard your child's privacy according to your wishes when it comes to your family and friends.

I would like to be contacted via: Quisiera que se comuniquen conmigo a los numeros apuntados:

Home Phone Number/Numero de casa: _____

Cell Number/Numero de celular: _____

****E-Mail address/Correo electronico:** _____
@_____.com

Please circle your response to the following:

May we leave messages concerning your child's appointments with family, friends, or secretary who regularly answers your calls? **Yes No N/A**
Podriamos dejar mensajes sobre citas que tiene su hijo/a con familiares, amiga/o quien usualmente contestan sus llamadas? **Si No N/A**

May we send text or leave messages on a voicemail at home/ cell phone/ or work phone regarding an appointment, referral, or test results? **Yes No N/A**
Podriamos enviar o dejar mensajes en el correo de voz de casa/celular/ o trabajo perteneciendo a citas y resultados de examines sobre su hijo/a? **Si No N/A**

May we share your child's pertinent medical information with specialists that they may be seeing? **Yes No N/A**
Podriamos dar informacion sobre su hijo/a a especialistas que esten viendo? **Si No N/A**

May we release forms, prescriptions, or samples to your spouse or family members if they need to pick them up for you? **Yes No N/A**
Podriamos dar informacion sobre recetas, formas, o muestras a su esposo/a o familiars si tienen que venir a recojer lo por usted? **Si No N/A**

This office now sends your child's **prescriptions** electronically to your pharmacy; please provide us with your pharmacy name and number:

Esta oficina ahora manda las **recetas** de su hijo/a electronicamente a su farmacia; por favor de darnos la informacion de su farmacia y numero de telefono:

Name: _____ Phone Number: _____ ZipCode: _____

Nombre: _____ Numero: _____Codigo: _____

Name of Patient/Nombre del paciente

Date/Fecha

Signature/Firma

Relationship to patient/ Relacion al paciente

Carrollton Pediatrics

Bienvenidos! Favor de leer e inicial la siguiente poliza de la oficina y dejarnos saber si tiene alguna preguntas.

1. **Pago se requiere en el momento que se hagan los servicios** a menos que se han hecho otros arreglos de antemano. Esto incluye deducibles, coaseguro y copagos para las compañías de seguros participantes. **Los copagos para los niños son debidos al tiempo de servicio sin importar quién traega al niño.** Por favor haga arreglos para enviar el pago con la persona que trae a su hijo/a. Es necesario pagar el copago antes de su visita. Aceptamos Visa/MC/efectivo.
2. Aunque seguro se archivará, usted es responsable de cualquier saldo después de seguro de los procesos de su reclamo. Todos los gastos de tratamiento seran debidos entro de sesenta (60) días después de la fecha de servicio. Estos periodos permiten tiempo suficiente para que se procese el seguro y hacer el pago en su totalidad de cualquier saldo restante. Habrá un cargo de \$25 por cheques devueltos. Si no paga dentro de 60 días, Carrollton Pediatrics comenzará actividades de colección incluyendo pero no limitado mediante la presentación de la cuenta del pasado para colecciones.
3. **Sin seguro (privado, pago en efectivo):** Si usted no tiene cobertura de seguro **no regresamos el dinero aunque tienes seguros con fecha retroactiva.** Sin embargo, con mucho gusto le proporcionaremos una copia de su recibo.
4. Favor de tener su licencia, cartilla de vacunas, y la aseguranza lista. Tenemos que tener una copia de su aseguranza al dia. Si no tiene la aseguranza valida, usted sería responsable por el pago de la cita. Favor de comunicarse a la clinica de cualquier cambios que tenga, direccion de casa, telefono o cambio de aseguranza.
5. **Citas faltadas:** Citas faltadas representan un costo para nosotros, a usted y a otros pacientes que podrían haber visto en el tiempo reservado para usted. Las cancelaciones tienen que ser solicitadas 24 horas antes de la cita. Excesivo abuso de citas faltadas puede resultar en despedido de la clinica. Como cortesía a todos nuestros pacientes, se le pedirá cambiar su cita si llega más de 10 minutos tarde.
6. **Accidente Automovilistico pacientes: NO** tratamos pacientes de accidente automovilistico. Por lo tanto, exigimos el pago en el momento del servicio. No vamos a aceptar una carta de proteccion de un abogado como garantia de pago o los pagos de tercer seguros.
7. **Hijos de padres divorciados:** responsabilidad de pago para el tratamiento de menores de edad, de los padres que están divorciados, recae en el padre que busca el tratamiento. Cualquier tribunal ordenó juicio de responsabilidad debe ser determinada entre las personas involucradas, sin la inclusión de Carrollton Pediatrics
8. La compañía de la aseguranza a la mejor va necesitar informacion adicional para procesar su reclamo, por ejemplo detalles de accidente, cordinacion de beneficios, o progreso del estudiante. La compañía de la aseguranza pidiera esto en escrito. Es muy importante facilitar la informacion a la compañía de la aseguranza para procesar su reclamo. Tiene 10 dias para entregar la informacion a la compañía de la aseguranza. Si, despues de los 10 dias, la compañía de aseguranza no ha recibido la informacion que necesita, el balance va hacer responsabilidad de usted y recibira un bill de la cantidad total.
9. **Seguro secundario:** El Departamento de seguros de Texas requiere el padre/guardian informar si tiene cobertura secundaria al proveedor si es que le corresponde. Padre/Guadrian compromete a darnos información como se describe a continuación. Padres se compromete a notificar a proveedor en el futuro inmediato de cambios, adicionales o suspensiones en cobertura de seguro primaria o secundaria.
Inicial / completa según corresponda.

 Mi hijo no tiene ninguna cobertura secundaria.

 Mi hijo tiene cobertura secundaria como se describe en la forma demográfica.

Carrollton Pediatrics

10. _____ Le enviaremos un bill (a la dirección en record) notificando de cualquier balance que usted podría deber. Si usted tiene alguna pregunta o disputa la validez de este balance es su responsabilidad de contactar con nuestra oficina al (972) 428-7252 dentro de 30 días en que recibo el bill inicial.
11. _____ Los pacientes que no han hecho un pago hacia su cuenta en los pasados 30 días estarán obligados a pagar antes de que se consulta en en la oficina, excepto en el caso de una emergencia. Nos damos cuenta de que personas experimentan dificultades financieras de vez en cuando. Póngase en contacto con nuestra oficina si usted es incapaz de pagar su pago, y haremos todos los esfuerzos para ampliar los arreglos razonables para usted hasta que se resuelva la cuenta.
12. _____ Después de que su compañía de seguros ha pagado su porción, puede haber una cantidad no cubierta y un saldo pendiente. Le enviaremos un bill. El saldo es debido en cuanto se reciba el bill.
13. _____ Si la aseguranza equivocadamente le manda nuestro pago, favor de adelantar el cheque inmediatamente a nosotros. No hacerlo puede resultar en su cuenta de ser entregado a una agencia de cobranza o corte de reclamos.
14. _____ **Renuevo de prescripciones:** póngase en contacto con su farmacia para poner en una solicitud de renuevo(refill request). Espere 48-72 horas de trabajo para recambio de las recetas. Si pierdes una receta o cartilla de vacunas habrá un cobro de \$5.00 por uno nuevo. Por favor tenga su nombre de farmacia, número y direccion para enviar su receta a la farmacia correcta. Es su responsabilidad para actualizarnos con los cambios de la farmacia.
15. _____ Hay un cargo de \$5.00 para formas de Head Start & \$25 para formas de FMLA que necesitan ser completados. Requerimos 48-72 horas de trabajo para la terminación de sus formas.
16. _____ Por favor confirme con su aseguranza de salud primaria para confirmar que estamos en el plan(in network). En caso de que no aceptamos su seguro o no somos el proveedor primario, el paciente será responsable por el bill y el pago será debido a la hora de la visita.
17. _____ Registros médicos transferidos a pacientes y/o guardianes se cobrará \$25.00 para las primeras 20 páginas después de cada página será \$0.50
18. _____ Te podemos cobrar una cobro de una falta "No Show" si fracasas cancelar o reprogramar su cita por lo menos 24 horas antes de la fecha de su cita.
19. _____ **Despues de Horas** En caso de emergencia sugeremos que hable al 911. Para consejo que no son urgentes, contacta la línea de enfermeria de su compania de seguro. Este numero se puede encontrar en la parte posterior de su tarjeta de seguro. Si los consejos medicos de la linea de enfermeria no le ayudaron o no se pudo comunicar con ellos, si todavía necesita enviar un mensaje a un proveedor, por favor hable a la oficina de Carrollton Pediatrics para instrucciones despues de horas. Por favor, tome en cuenta puede haber un cobro.

Yo, _____, afirmo que he leído y entendido la poliza. Yo asigno a Carrollton Pediatrics todo beneficio de salud, y que incluya todos los beneficios a los que tengo derecho. Yo autorizo que mi aseguranza de el pago a Carrollton Pediatrics que me esta dando tratamiento medico a pesar de los beneficios que tenga con mi aseguranza. Yo autorizo a Carrollton Pediatrics que de informacion medica que sea necesaria para un reembolso de reclamo a mi aseguranza que haya sido procesado. Yo doy permiso a Carrollton Pediatrics y su personal que de tratamiento y proporcionar tratamiento medico a mi hijo/a. Yo entiendo que soy responsable de cualquier pago que sea necesario durante mi tratamiento con Carrollton Pediatrics. Este asignamiento estara en efectivo hasta que yo lo revoque en una hoja por escrito. Copia de esta poliza seria considerada como hoja original.

Nombre de Paciente

Fecha de nacimiento

Firma del Mama o Papa/ Guardian

Fecha

CARROLLTON PEDIATRICS

4300 N JOSEY LANE SUITE 110
CARROLLTON, TX 75010
TEL: (214)483-3292 FAX: (214)483-3286

Treatment Authorization for Minors

We recognize that parents may not always be able to be present during treatment of their young child or teen. This form addresses the situation when your child is accompanied by another adult.

Reconocemos que los padres no siempre pueden estar presentes durante el tratamiento de su hijo/a pequeño o adolescente. Esta forma se refiere a la situación en la que su hijo/a va estar acompañado de otro adulto.

I, (parent/guardian):

Yo, (padre/custodio): _____

Authorize my child:

Autorizo mi hijo/a: _____

Date of Birth:

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

May be treated and discuss my child's medical needs with the following persons:

Puede ser tratado y hablar sobre el salud de mi niño con las personas indicadas abajo:

Name:

Relation to patient:

Nombre:

Relacion al paciente:

_____ (must have Picture ID at visit)

_____ (must have Picture ID at visit)

_____ (must have Picture ID at visit)

_____ (must have Picture ID at visit)

This authorization is valid for one year unless you notify us otherwise

Esta autorizacion is valido por un ano al menos que usted nos notifique lo contrario

Parent Signature

____/____/____
Today's Date

CARROLLTON PEDIATRICS

4300 N JOSEY LANE SUITE 110

CARROLLTON, TX 75010

TEL: (214)483-3292 FAX: (214)483-3286

I understand that Dr. Mirza at times will have a Physician Assistant/ Nurse Practitioner seeing some of his patients to perform well child exams. I give my permission for my child to have an exam performed by a Physician Assistant/ Nurse Practitioner.

Entiendo que el Dr. Mirza a veces tendra un asistente medico ver a algunos de sus pacientes para llevar a cabo los examenes. Doy Permiso para que mi hijo/a tenga un examen realizado por un medico asistente.

Signature:

Date:

Firma: _____

Fecha: _____

DEPARTAMENTO ESTATAL DE SERVICIOS DE SALUD DE TEXAS
 REGISTRO DE INMUNIZACIÓN (ImmTrac)
 FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA MENORES



(Favor de escribir claramente con letra de molde)

For Clinic/Office Use

Apellido del Niño(a)

Nombre del Niño(a)

Segundo Nombre del Niño(a)

/
 /

**Solamente niños menores de 18 años.*

Fecha de Nacimiento del Niño(a)

Género:

Masculino

Femenino

Dirección del Niño(a), Calle

Apartamento #

Teléfono

Ciudad

Estado

Código Postal

Municipio

Nombre de la Madre

Apellido de Soltera de la Madre

ImmTrac, 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 ("ImmTrac"). Una vez que la información del menor esté en ImmTrac, 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 ImmTrac 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

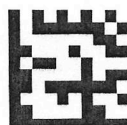
Firma

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.state.tx.us> 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 ImmTrac 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 • ImmTrac Group – MC 1946 • P.O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

Stock No. EC-7
 Revised 05/18/2012



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