

The Children's Clinic

Informacion de Paciente

Demografia de Paciente

Nombre de Paciente:

Fecha de Nacimiento:

Seguro Social:

Demografia de los Padres

Nombre de la Mama:

Nombre de soltera:

Dirección:

Suidad/Codigo Postal:

Numero de Telefono:

Numero de Telefono secundario:

Fecha de Nacimiento:

Seguro Social:

Empleado:

Telefono del trabajo:

Nombre de el Padre:

Dirección:

Suidad/Codigo Postal:

Numero de Telefono:

Numero de Telefono secundario:

Fecha de Nacimiento:

Seguro Social:

Empleador:

Telefono del trabajo:

Informacion de Seguro

compañía de seguros primaria

número de póliza:

nombre del suscriptor y fecha de nacimiento:

número de grupo

Empleador:

compañía de seguros secundaria

número de póliza:

nombre del suscriptor y fecha de nacimiento:

número de grupo

Empleador:

Contacto de emergencia (nombre, numero de telefono y direccion):

The Children's Clinic Health Information Exchange Forma Opt-In/Out

Clínica de Niños estará ofreciendo un nuevo servicio llamado **Health Information Exchange (HIE) Network**. Este programa permitirá a los médicos a obtener hasta información médica actualizada acerca de usted y su familia. Sus médicos tendrán entonces los hechos médicos que necesite para ayudarle. Estos hechos incluyen: alergias, medicamentos que está tomando, resultados de exámenes, y cualquier problema de salud que usted está tratando. Esto ayuda a cada médico que dar la mejor atención posible en función de su historial médico. Estos hechos sólo será compartida con los médicos que usted está viendo.

A pesar de que la HIE puede ayudar, usted puede elegir si desea utilizar este servicio. Si decide no utilizar el HIE, o para *darse de baja*, usted seguirá recibiendo una buena atención médica de sus médicos. Sin embargo, no será capaz de ver sus datos médicos a través de la HIE. Los médicos tendrán que obtener sus datos médicos de otras maneras, como por ejemplo pedir que de otros médicos.

Participar en la HIE es su elección. Estas son algunas formas en que puede ayudarle a:

Atención de emergencia: En caso de emergencia el personal médico sería capaz de ver todos sus datos médicos. Esto les ayudaría a diagnosticar el problema con mayor rapidez para que puedan comenzar a ayudarle.

Mejor Cuidado: Siempre que un médico tiene todos sus datos médicos tendrán una mejor idea de lo que necesita. Esto también ayudará a su seguridad. Hay menos posibilidades se le dará medicamentos que no deben tomarse juntos. Usted es también menos propensos a tener reacciones peligrosas para cosas que usted es alérgico. La HIE permitirá a los médicos para ver qué pruebas se han hecho. A continuación, puede decidir qué hacer a continuación.

Control de Paciente: Usted puede tomar un papel más activo en su salud y la salud de su familia. Usted puede recibir una copia impresa de todos sus datos médicos. Usted puede compartir con otro médico.

Permiso de Opt-Out (no utilizar) HIE:

Clínica de Niños utilizará el HIE hasta que usted o un miembro de su familia llena un *Formulario de Solicitud de Exclusión*. Una vez que recibamos este formulario, sus datos médicos *no* se divulgará por ninguna de las visitas médicas en el futuro. Esto no afectará a los hechos que Ya se han compartido en el pasado. Si desea utilizar el HIE en el futuro, usted debe llenar otro formulario para ponerlo en marcha.

INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD (HIE) OPT-IN/OUT FORMULARIO

Para Opt-In (uso) de la HIE: Por favor lea, llene la información y firme abajo:

"Entiendo que al completar este formulario, estoy *Opción de Participar* en el HIE. Optando *por mis* hechos médicos se les dará a los médicos a través de la HIE partir de ahora. Entiendo que mi médico puede obtener mis datos médicos de otras maneras. Esto será de forma que la ley permita. Entiendo que puedo cambiar de opinión más tarde y dejar de utilizar el HIE. Puedo hacerlo rellenando esta carta y dársela al personal de la Clínica de la Infancia que se me el check in "

Para Opt-Out (no utilizar) la HIE: Por favor lea, llene la información y firme abajo:

"Entiendo que al completar este formulario, estoy *Optar Fuera* de la HIE. *Al excluirse*, mis datos médicos *no* se les dará a los médicos a través de la HIE partir de ahora. Entiendo que mi médico puede obtener mis datos médicos de otras maneras. Esto será de forma que la ley permita. Entiendo que puedo cambiar de opinión más adelante y comenzar a utilizar el HIE de nuevo. Puedo hacerlo rellenando esta carta y dársela al personal de la Clínica de la Infancia que se me el check in "

Nombre y apellido del niño (letra de molde): _____

Fecha de nacimiento: _____ ID del miembro: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: _____ E-mail: _____

Firma del miembro o representante autorizado

Fecha

Testigo

COASTAL CHILDREN'S CLINIC
RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO / AUTORIZACIÓN LIMITADA Y FORMA DE PRENSA

Usted puede negarse a firmar este reconocimiento y autorización. Al negarse, no se les puede permitir procesar sus reclamaciones de seguros.

Fecha: _____

El abajo firmante reconoce haber recibido una copia del Aviso actualmente vigente sobre prácticas de privacidad de la Clínica Infantil costeras. Una copia de esta firma, documento fechado deberá ser tan eficaz como el original. **MI FIRMA TAMBIEN SIRVE COMO UN DOCUMENTO DE PRENSA PHI DEBO SOLICITAR TRATAMIENTO O RADIOGRAFÍAS SER ENVIADOS A OTROS QUE ASISTEN A DOCTOR / INSTALACIONES EN EL FUTURO.**

Impreso Nombre del paciente y Fecha de nacimiento

Firma del Padre / Tutor

Relación con el Paciente

Firma

Por favor escriba cualquier OTRAS PARTES QUE PUEDA TENER ACCESO A SU INFORMACIÓN MÉDICA CHILDS. (Esto incluye padrastros, abuelos y los cuidadores que pueden tener acceso a los expedientes del paciente):

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Por favor escriba cualquier OTRAS PARTES QUE **NO PUEDEN TENER ACCESO A SU INFORMACIÓN MÉDICA.**

Nombre: _____ Nombre: _____

AUTORIZO A **LA INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DE MI HIJO** ser transmitida mediante:

teléfono celular Confirmación Teléfono Confirmación Teléfono de Confirmación Cualquiera de los anteriores

I AUTORIZAR NO AUTORIZAR **LA INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DE MI HIJO (incluidos los registros de inmunización)** pueden enviar por fax / ENVIADO A LA ESCUELA DE MI HIJO.

Apruebo ser contactados SOBRE **SERVICIOS ESPECIALES, EVENTOS, financiar los esfuerzos de elevar o nueva información médica** EN NOMBRE DE LA CLÍNICA INFANTIL COSTERAS POR:

Teléfono Mensaje Mensaje de texto E-mail cualquiera de las anteriores Ninguna de las anteriores (opt out)

Al firmar este Formulario de Reconocimiento del Paciente HIPAA, usted reconoce y autoriza a que esta oficina puede recomendar productos o servicios para promover el mejoramiento de la salud. Esta oficina puede o no recibir remuneración tercera parte de estas empresas filiales. Nosotros, conforme a la Regla actual Omnibus HIPAA, le proporcionamos esta información con su conocimiento y consentimiento.

**The Coastal Children's Clinic
3435. S. Alameda
Corpus Christi, Tx 78411**

I Authorize _____, relationship to patient _____
_____, relationship to patient _____
_____, relationship to patient _____
_____, relationship to patient _____

**To seek medical attention for my child(ren)'s for sick visits, physicals, immunizations
and also releasing any information (PHI) regarding the child(ren)'s medical condition**

Name of Patient

Date of Birth

Name of Patient

Date of Birth

Name of Patient

Date of Birth

Name of Patient

Date of birth

Name of Patient

Date of Birth

Please print Parent or Legal Guardian Name

Signature of Parent or Legal Guardian

Date

Authorization to Release Medical Information

Patient Name (Print)

_____/_____/_____
Patient Date of Birth

I authorize _____ to use or release/disclose my health information as described below. (In blank space please print previous doctor's name and phone number.)

Please identify the information to be released:

- Please release my entire record
-OR-
- Please release **only** the following information (check appropriate boxes and include other information where indicated)
- Problem List
 - Medication List
 - List of allergies
 - Immunization records
 - Most recent history
 - Most recent discharge summary
 - Lab results (please describe the date or types of lab tests you would like disclosed): _____
 - X-ray and imaging reports (please describe the dates or types of x-rays or images you would like disclosed): _____
 - Consultation report (please supply doctors' names): _____
 - Other (please describe): _____

The identified information will be used for the following purpose:

- My personal records
 Sharing with other health care providers as needed
 Other (please describe): _____

Please initial each item below to indicate your understanding.

- _____ I understand the information in my health record may include information relating to sexually transmitted disease, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), or human immunodeficiency virus (HIV). It may also include information about behavioral or mental health services, and treatment for alcohol or drug abuse.
- _____ I understand once the information below is released, it may be re-disclosed by the recipient and the information may not be protected by federal privacy laws or regulations.
- _____ I understand I have a right to revoke this authorization at any time. I understand if I revoke this authorization, I must do so in writing and present my written revocation to the practice. I understand the revocation will not apply to information that has already been released in response to this authorization. I understand the revocation will not apply to my insurance company when the law provides my insurer with the right to contest a claim under my policy.
- _____ I understand authorizing the use or release of this information is voluntary. I need not sign this form to ensure health care treatment.

The identified information may be used by or released to the following organization: (If over 25 pages please mail records.)

The Children's Clinic
3435 S Alameda
Corpus Christi, TX 78411
Attn: Registration Dept

Phone: 361-855-7346 x 116 Fax 361-855-8596

This authorization will expire on (insert date or event): _____. If I fail to specify an expiration date or event, this authorization will expire twelve (12) months from the date on which it was signed.

Patient Signature (or signature of person completing form if not Patient*)

_____/_____/_____
Date

*Relationship to patient: _____ Parent _____ Legal Guardian _____ other: _____

Witness Signature

_____/_____/_____
Date

