



HUMA Y LODHI MD

MELISSA HOLGUIN PA-C

Fecha de Hoy: _____

INFORMACION DEL PACIENTE
(Nombre Legal)

Apellido: _____ Primer Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐
Direccion: _____ Numero de Seguro Social _____
Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____
Telefono # _____ Telefono Celular # _____
Contacto en caso de Emergencia: _____ Telefono # _____

INFORMACION DE PADRE O TUTOR

** Persona responsable por la factura: Madre ☐ Padre ☐ Otro ☐

Nombre y Apellido de la Madre: _____
Apellido de Soltera: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____
Numero telefonico del trabajo _____ Numero de telefono Celular: _____
Nombre y Apellido del Padre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Numero de Seguro Social# _____ Casado ☐ Divorciado ☐ Soltero ☐
Direccion (si es diferente de la arriba mencionada) _____
Favor de proveer los nombres de los hermanos del paciente: _____

INFORMACION DE EL SEGURO MEDICO

(Por favor permita que la recepcionista haga una copia de su tarjeta de seguro)

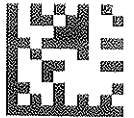
Seguro Primario: _____ Nombre del Asegurado: _____
Relacion con el Paciente: _____
Numero de Seguro Social del Asegurado# _____ Fecha de Nacimiento del Asegurado _____
Numero de Poliza _____ Numero de Grupo _____
Fecha efectiva: _____ Direccion de reclamos: _____
Numero de telefono de la aseguradora _____



TEXAS
Health and Human
Services

Texas Department of State
Health Services

REGISTRO DE INMUNIZACIÓN DE TEXAS (ImmTrac2) FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA ADULTOS



(Escriba claramente en letra de molde)

Primer Nombre _____		Segundo Nombre _____		Apellido _____		Género: ☐ Femenino	
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa) _____		Teléfono _____		Correo electrónico _____		☐ Masculino	
Dirección _____						Apartamento # / Edificio # _____	
Ciudad _____		Estado _____		Código Postal _____		Condado _____	
Nombre de la Madre _____				Apellido de soltera de la madre _____			

El Registro de Inmunización de Texas es un servicio gratuito del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS) de Texas. Se trata de un servicio seguro y confidencial que consolida los registros de vacunación con fines de salud pública (por ej., para darle a cada médico que atienda a un paciente un lugar central donde pueda ver los registros de vacunas de dicho paciente). Al darnos usted su consentimiento, los datos sobre sus vacunas se incluirán en el ImmTrac2. *En el caso de un menor de 18 años de edad, uno de los padres, el tutor legal o el titular de la custodia puede dar el consentimiento para que ese menor participe. Para ello, deberá llenar el formulario de consentimiento del ImmTrac2 para menores (# C-7), que puede descargar en: www.ImmTrac.com.*

Consentimiento para el registro y para divulgar los registros de inmunización a las personas o entidades autorizadas

Entiendo que, al dar aquí mi consentimiento, autorizo la divulgación de mis datos de vacunación al DSHS, y además entiendo que el DSHS incluirá esta información en el Registro de Inmunización de Texas. Una vez que la información sobre mis vacunas esté en el ImmTrac2, las siguientes entidades tendrán por ley acceso a ella: un médico u otro proveedor de salud de Texas legalmente autorizado para administrar vacunas, con fines de tratamiento de la persona como paciente; una escuela de Texas en la que la persona esté inscrita; un distrito de salud pública o departamento de salud local de Texas, con fines de salud pública dentro de sus zonas de jurisdicción; una entidad estatal que tenga la custodia legal de la persona; un pagador actualmente autorizado por el Departamento de Seguros de Texas para operar en el estado respecto a los registros de vacunación de la persona que tenga cobertura bajo la póliza del pagador. **Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento.**

La ley estatal permite la inclusión en el ImmTrac2 de los registros de vacunación de los socorristas y sus familiares directos (mayores de 18 años). Se define como "socorrista" al empleado de la seguridad pública o voluntario entre cuyas funciones está responder rápidamente a una emergencia médica. Se define como "familiar directo" a los padres, el cónyuge, hijos o hermanos que viven en el mismo hogar que el del socorrista. En el caso de un familiar menor de 18 años, uno de los padres, el tutor legal o el titular de la custodia puede dar el consentimiento para que el menor participe en calidad de "menor en el ImmTrac2", llenando el formulario de consentimiento (# C-7) del Registro de Inmunización (ImmTrac).

Marque la casilla correspondiente para indicar si es usted un socorrista o un familiar directo de este.

☐ Soy un SOCORRISTA. ☐ Soy FAMILIAR DIRECTO (mayor de 18 años) de un socorrista.

Con mi firma a continuación, **DOY** mi consentimiento para el registro. Deseo **INCLUIR** mi información en el registro de vacunación de Texas.

La persona (o el representante legalmente autorizado de la persona): _____ Nombre en letra de molde

Fecha _____

Firma _____

Notificación de privacidad: con ciertas excepciones, tiene derecho a pedir y a ser informado sobre la información que el estado de Texas reúne sobre usted. Tiene derecho a recibir y examinar la información al pedirla. También tiene derecho a pedir a la agencia estatal que corrija cualquier información que se determine es incorrecta. Consulte <http://www.dshs.texas.gov> para obtener más información sobre la notificación de privacidad. (Referencia: Código gubernamental, 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

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.



HUMA Y LODHI MD

MELISSA HOLGUIN PA-C

Directivo de Privacidad del Paciente

Para poder cumplir con la ley de Notificación de Prácticas de Privacidad (HIPPA), necesitamos asegurarnos de no divulgar su información personal a miembros de su familia, sus amigos o co-trabajadores, según sus deseos.

Favor de encerrar su respuesta a las siguientes preguntas:

Podemos dejar mensajes sobre sus citas médicas con un co-trabajador, recepcionista o secretaria que generalmente contesta sus llamadas? Yes, No N/A

Se puede dejar mensaje en el contestador de su trabajo? Yes, No N/A

Se puede discutir sus citas médicas / tratamiento con su esposo (a)? Yes, No N/A

Si usted tiene más de 18 años de edad y todavía vive con sus padres, se puede discutir sus citas médicas / tratamiento médico con sus padres? Yes, No N/A

Si usted tiene más de 18 años de edad, se puede discutir sus citas médicas/ tratamiento médico con sus hijos? Yes, No N/A

Usted debe informarnos por escrito de cualquier cambio con sus directivos. Este documento entra en vigor el _____, y se guardará en su archivo junto con su Acuse de Recibo de Notificación de Prácticas de Privacidad (HIPPA).

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre en Letra de Molde: _____ Fecha de Nacimiento: _____



Información acerca de la Práctica y Privacidad de HIPPA

ESTA DECLARACION DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED PUEDE SER USADA O REVELADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR REVISELO DETALLADAMENTE.

Usos y Declaraciones

Tratamiento. Su información medica puede ser usada por miembros del personal o referida a otros profesionales del cuidado de salud con el proposito de evaluar su historial medico para diagnosticar condiciones médicas, y proveer el adecuado tratamiento. Por ejemplo, resultados de pruebas de laboratorio y otros exámenes estaran disponibles en su historial médico para todos los profesionales clinicos que en un momento u otro pudieran proveer tratamiento o quien pudiera ser consultado por miembros de personal.

Pago. Su información de salud puede ser usada para solicitar pago de su plan de salud, de otros recursos de cobertura comoun asegurador de automóvil, o de compañías de tarjetas de credito que usted puede usar para pagar servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede requerir y recibir información de fechas de servicios, los servicios proveidos, y la condición medica que se esta tratando.

Operaciones de Cuidado de Salud. Su información de salud puede ser usada como sea necesaria para respaldar las actividades diarias y administración de esta práctica. Por ejemplo, información en los servicios usted recibió pueden ser usados para respaldar presupuestos y reportes financieros, y actividades para evaluar y promover calidad.

Imposición de Ley. Su información de salud puede ser revelada a agencias de imposición de ley quien apoya auditorias del gobierno e inspecciones, para facilitar investigaciones de imposición de ley, y para cumplir con reportes de mandato del gobierno.

Reporte de Salud Pública. Su información de salud puede ser revelada a agencias de salud pública según lo requiera la ley. Por ejemplo, nosotros estamos requeridos a reportar ciertas enfermedades contagiosas a el departamento del estado de salud pública.

Investigación

Proveedor puede revelar su información médica a personas preparandose para llevar a cabo un proyecto de investigación (por ejemplo, para ayudarles a encontrar pacientes con especificas necesidades médicas) con el fin de que la información médica que analizan no sea removida de este local.

El proveedor tambien puede revelar la información médica de fallecidos para un proyecto de investigación, con el fin de que la información sea necesaria para la investigación.

Otros Usos y Revelaciones Requieren su Autorización. Revelación de su información de salud o su uso para cualquier proposito aparte de los mencionados arriba requieren su autorización por escrito. Si usted cambia de opinion despues de autorizar uso o revelación de su información usted puede revocar la autorización por escrito. Sin embargo, su decisión de revocar la autorización no afectara o anulara ningun uso o revelación de información que ocurrio antes que usted

nos notifico de su decisión de revocar su autorización.

Usos Adicionales de Información

Recordatorios de Citas. Su información de salud puede ser usada por nuestro personal para enviarle recordatorios de citas. Si usted prefiere que esta oficina le comunique su información de salud de manera confidencial, por favor indique sus deseos en el recibo de reconocimiento de aviso de privacidad de HIPPA.

Aviso de Practicas de HIPAA

Información sobre tratamientos. Su información de salud puede ser usada para enviarle información que le puede interesar sobre el tratamiento y manejo de su condición médica. También podemos enviarle información describiendo otros productos relacionados con la salud y servicios que creemos le pueden interesar.

Derechos Individuales

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

- El derecho a solicitar restricciones en el uso y revelación de su información de salud privada;
- El derecho a recibir información confidencial con respecto a su condición médica y tratamiento médico
- El derecho a inspeccionar y fotocopiar su información de salud protegida;
- El derecho a enmendar o someter correcciones a su información de salud privada
- El derecho a recibir un relato de como y a quien su información de salud privada ha sido revelada y;
- El derecho a recibir una fotocopia imprimida de este aviso.

Obligaciones de la Instalación

Estamos requeridos por ley a mantener la privacidad de su información de salud y proveerle con este "Aviso de Practicas de Privacidad".

También estamos requeridos a obedecer las reglas y practicas que estan explicadas en este aviso.

Derecho de Revisar las Practicas de Privacidad

De acuerdo con la ley, tenemos el derecho de enmendar y modificar nuestras reglas de privacidad y prácticas. Estos cambios en nuestras reglas y practicas pueden ser requeridos por cambios en leyes federales y estatales y regulaciones.

A su pedido, nosotros le proveeremos con el aviso revisado mas reciente en cualquier visita a la oficina. Las reglas y practicas revisadas seran aplicadas a toda la informacion de salud protegida que mantenemos.

Peticiones para Revisar Información de Salud Privada

Usted generalmente puede revisar o fotocopiar información de salud privada que mantenemos. De acuerdo con la regulación federal, requerimos que peticiones para revisar o fotocopiar información de salud privada sea sometida por escrito. Usted puede obtener una forma para solicitar acceso a sus documentos contactando esta instalación. Su petición sera revisada y generalmente aprobada a menos que existan razones médicas para negar la petición.

Si usted piensa que sus derechos de privacidad han sido violados, usted debe ponernos sobre aviso enviandonos una carta describiendo la causa de su inquietud a la misma direccion. Usted tambien puede someter quejas a la Secretaria de Salud y Servicios Humanos.

Usted no sera penalizado ni se le tomara represalias por presentar una queja.

Acknowledgement of Receipt of HIPPA Notice and Privacy Practices

This practice reserves the right to modify the privacy practices outlined in the notice.

I have received a copy of the "Notice of Privacy Practices"

Patient Name (Print): _____ DOB: _____

Signature of Patient Representative: _____

Relationship to Patient: _____

Date: _____

Acuerdo de Recibo de la Noticia de Practicas de Privacidad HIPPA

Este consultorio se reserva el derecho de modificar las practicas de privacidad mencionadas

Yo he recibido una copia de "Noticia de Practicas de Privacidad"

Nombre del Paciente (letra de molde): _____ Fecha de Nacimiento:

Firma del Paciente o Representante _____

Relacion con el Paciente _____

Fecha: _____



HUMA Y LODHI MD

MELISSA HOLGUIN PA-C

NO SHOW POLICY / POLIZA DE CITAS SIN PRESENTACION

In order for us to provide you with the best quality care, we ask that you make every effort to keep your scheduled appointments and arrive in a timely manner. Cancellations must be done within a 24-hour period. Missed appointments result in a cost to us, you, and to other patients who were denied service due to no availability. We do realize that on rare occasions emergencies may arise and we will address these situations with you at that time. In rare cases when there is excessive abuse of missed appointments, we may choose to discharge patients from our practice. We thank you for working with us to ensure services are provided to you in the best possible way.

Para poder proveer el mejor cuidado posible, les pedimos que hagan el mayor esfuerzo para mantener y ser puntuales a sus citas. Las citas perdidas representan un costo para nosotros, para ustedes, y para los pacientes que podrian haber sido consultados. Las cancelaciones deberan hacerse con 24 horas de anticipacion. Estamos consientes de que en ciertas ocasiones ocurren emergencias y en ese caso abordaremos estas situaciones con usted en ese momento. En casos extremos, cuando hay abuso excesivo de citas perdidas, podemos elegir despedir a los pacientes de nuestro consultorio. Le agradecemos su cooperacion para asegurar que reciban el mayor cuidado posible.

I have been notified of the No Show Policy

Se me ha notificado acerca de la poliza de las citas sin presentacion.

Patient name/ Nombre del Paciente: _____

Date of Birth/ Fecha de Nacimiento: _____

Parent or Legal guardian Signature / Firma de Padre o Tutor _____

Date / Fecha: _____

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

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

Yo comprendo y reconozco que tengo la responsabilidad financiera de todos los cargos y gastos por servicios médicos no pagados por mis seguros. Esto incluye cualquier servicio médico y visitas al médico, revisiones médicas preventivas o revisiones médicas, pruebas de laboratorio, rayos X, electrocardiogramas y cualquier otro servicio diagnóstico pedido por el médico o el personal médico.

Comprendo y reconozco que es mi responsabilidad y no la de el médico o de la clínica saber si mis seguros médicos pagaran por la visita médica o por los servicios médicos, revisiones médicas o pruebas diagnósticas, pruebas del laboratorio, rayos X, electrocardiogramas o cualquier servicio diagnóstico o prueba diagnóstica pedidos por el médico o por el personal médico.

Comprendo y reconozco que es mi responsabilidad saber si mis seguros incluyen cualquier deducible, co-pago, co-seguro, cantidades fuera de la red de seguros médicos, límites normales o corrientes o cualquier otro límite sobre beneficios por los servicios rendidos, y acuerdo pagar la totalidad

Comprendo y reconozco que es mi responsabilidad saber si mi médico o proveedor de servicios médicos que tengo es un proveedor contratado en la red de seguros médicos reconocido por mi compañía de seguro médico o bajo mi plan de seguros médicos. Si mi médico o mi proveedor de cuidado médico no es reconocido por mi compañía de Seguro o por mi plan de seguros médicos es posible que rehusen mis reclamos y consecuentemente resultara en gastos personales mas altos. Comprendo y reconozco que soy responsable financieramente y que debo pagar la totalidad.

Comprendo y reconozco que es mi responsabilidad saber si mi elección de PCP (Proveedor de Cuidado Primario) ha sido procesada por mi compañía de seguros o mi plan de seguros. Si yo he pedido un cambio de PCP que no es procesado por mi compañía de seguro médico comprendo que puede resultar en el rechazo de mis reclamos. Comprendo y reconozco que tengo la responsabilidad financiera y pagare la totalidad.

Firma: _____ **Fecha:** _____

(favor de firmar aquí- Paciente o persona responsable)

Nombre de la Persona Responsable: _____

(por favor usar letra de molde- nombre de la persona responsable)