

Northeast Office:
10755 Kenworthy Street
El Paso, Texas 79924



Eastside Office:
3660 Joe Battle Blvd., Ste. 8
El Paso, Texas 79938



"We Care. God Heals"

Phone 915-821-5900 • Fax 915-821-5902

Forma de Registración para Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____-____-____ Sexo: M ó F
(como aparece en tarjeta de aseguranza)

#Tel de Domicilio:(____) ____ - ____ Cell: (____) ____ - ____

Dirección: _____

Correo Electronico:

Aseguranza Privada

Nombre de Aseguranza: _____ # de Identificación: _____

Persona Responsable de la Poliza (nombre en la tarjeta): _____
(como aparece en tarjeta de aseguranza)

Fecha de Nacimiento: ____ - ____ - ____ # de Seguro Social: ____ - ____ - ____ # de Telefono de Domicilio:
(____) _____ Celular (____) _____

Domicilio: _____
Empleador: _____ # de Telefono: (____) ____ - ____ ext ____

Otra Aseguranza Privada (si aplica)

Nombre de Aseguranza: _____ # de Identificación: _____

Persona Responsable de la Poliza (nombre en la tarjeta): _____
(como aparece en tarjeta de aseguranza)

Fecha de Nacimiento: ____ - ____ - ____ # de Seguro Social: ____ - ____ - ____ # de Telefono de Domicilio:
(____) _____ Celular (____) _____

Domicilio: _____
Empleador: _____ # de Telefono: (____) ____ - ____ ext ____

A Quien Contactar en Caso de Emergencia:

Nombre: _____ # de Telefono: (____) _____ Celular: (____) _____

Yo (Padre o Guardian) autorizo la divulgacion de cualquier informacion medica necesaria para procesar esta cuenta a la compania de aseguranza medica, Y solicito que el pago de beneficios se de a la clinica Northeast Cornerstone Pediatrics. Reconozco que soy financieramente responsable por el pago de servicios estando cubierto o no por cualquier aseguranza medica. Soy tambien responsable por cargos no colectados debido a no haber proporcionado la informacion completa tal como no admitir tener otra aseguranza medica en esta forma. He completado toda la informacion adecuadamente.

NOMBRE: _____ FECHA: _____

FIRMA: _____ RELACION AL PACIENTE: _____

Northeast Office:
10755 Kenworthy Street
El Paso, Texas 79924



Eastside Office:
3660 Joe Battle Blvd., Ste. 8
El Paso, Texas 79938



"We Care. God Heals"

Phone 915-821-5900 • Fax 915-821-5902

Consentimiento para Tratamiento/ Consentimiento de Aseguranza/Informacion medica

La siguiente informacion devera ser completada por el padre del paciente o guardian legal:

Si ___ Autorizo que Northeast Cornerstone Pediatrics (NEC Pediatrics) use cualquier tipo de medicamento ú otro servicio que el doctor crea necesario o recomiende, para mí ó para el paciente para el cual yo soy el padre/guardian legal, asi sea necesario asignar un referido a otro doctor

Si ___ Acepto asignar el pago de mi aseguranza directamente para NEC Pediatrics.

Si ___ Autorizo que cualquier información medica necesaria pueda ser divulgada para medios de aseguranza en acorde con la ley federal y estatal, para procesar los pagos necesarios a la aseguranza asignada y para otros medios de tratamiento.

Si ___ Autorizo que el record medico sea divulgado en acorde con la ley federal y estatal, para procesar el reclamo de la aseguranza y representantes de la compania.

Si ___ Entiendo que el paciente o padre legal/guardian es responsable por todos los costos de visita, sin importar el status de aseguranza. El padre legal/guardian aceptara cubrir todos los pagos de visita al no tener aseguranza.

Firma de Padre Legal/ Guardian _____ Fecha: _____

ENTENDIMIENTO DE POLITICA DE PRIVACIDAD

Yo entiendo que Northeast Cornerstone Pediatrics me ha proveido la politica de privacidad de la clinica.

- Entiendo como NEC Pediatrics usara informacion medica para propósitos de tratamiento y pago de tratamiento.
- Este aviso tambien me explica en mas detalle como pueden usar mi informacion medica para otras cosas aparte de tratamiento, pago, ú otros cuidados de salud.
- NEC Pediatrics usara la información medica como sea requerido y permitido por la ley.

Nombre completo del paciente legalmente: _____
(en molde)

Seguro Social del Paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____
de padre/guardian legal

Relacion al paciente legalmente: _____

Northeast Office:
10755 Kenworthy Street
El Paso, Texas 79924



pediatrics

"We Care. God Heals"

Phone 915-821-5900 • Fax 915-821-5902

Eastside Office:
3660 Joe Battle Blvd., Ste. 8
El Paso, Texas 79938

Politica Financiera del Paciente:

Estamos dedicados a proveer el mejor cuidado y servicio posible para usted, y darle el mejor entendimiento de sus responsabilidades financieras, como elemento esencial de su cuidado y tratamiento.

- Se han hecho los arreglos necesarios previamente con varias aseguranzas y otros planes de salud, para aceptar una variedad de beneficios. Se cobrara aquellos planes para los cuales ya hay un contrato, y solo se requerira el co-pago autorizado al momento de la visita. En el momento de su visita se colectara ese co-pago.
- Como cortesía, nosotros nos encargaremos de su reclamo de aseguranza si usted asigna los beneficios con el doctor, en otras palabras usted estara de acuerdo que su aseguranza pague al doctor directamente. Si su aseguranza no le paga durante un aproximado de tiempo razonable (45 dias) entonces usted seria responsable por cubrir la cantidad.
- Su poliza de aseguranza es un contrato entre usted y su compañía de aseguranza, el doctor no esta involucrado en esto.
- Si usted no nos notifica de un cambio de aseguranza, usted es completamente responsable por cualquier cantidad no pagada por su aseguranza.
- Si usted tiene cobertura con un plan de aseguranza con la que nosotros no tenemos contrato nos prepararemos para mandarle el bil a usted. A causa de esto el dia de una proxima visita ese pago tendra que estar cubierto.
- A menos de que usted o su plan de aseguranza tengan previos arreglos de pago. el costo completo de consulta es necesaria al tiempo de su visita. Para su conveniencia aceptamos VISA, Discover y Master Card.
- No todos los planes de salud son iguales y no cubren los mismos servicios. En el caso de que su aseguranza determine que el servicio no es cubierto por ellos, usted es responsable por el pago completo.
- Para todos los servicios que proveen los doctores en el hospital el balance de esa visita ser enviada a su aseguranza. Cualquier cantidad no cubierta sera su responsabilidad.
- Para todos los servicios que tengan que ver con un menor de edad, el padre o tutor sera responsable por todos los balances sin cubrir.

He leído y entendido la poliza financiera y acepto todo estos reglamentos. Comprendo que si soy responsable por todos los cargos sin importar la aseguranza o plan medico que tenga. Entiendo que soy responsable en cubrir los co-pagos de el plan de aseguranza. Si la cuenta esta vencida se convierte en mi responsabilidad en cubrir esa cantidad inmediatamente. Acepto pagar todos los cargos colectados por falta de pago, en la cantidad que no exceda el 50% de una cantidad no pagada. En el caso de que esta cantidad sin pagar sea referida a una compañía de colecciones o referida a un abogado, todos los costos hechos a causa de cortes seran pagados directamente a la corte.

Recargo de copias de records medicos

Medical Records Fee \$35.00

Loss of Referral form, Lab forms, school note etc \$10

Shot record \$10-\$15

Miscellaneous \$10 to \$35

Entiendo que estos terminos y reglamentos pueden cambiar sin aviso por la clinica.

Firma del padre o tutor responsable si el paciente es menor de edad.

Fecha

Nombre del responsable

Relacion al paciente

Nombre del padre

Northeast Office:
10755 Kenworthy Street
El Paso, Texas 79924



Eastside Office:
3660 Joe Battle Blvd., Ste. 8
El Paso, Texas 79938



"We Care. God Heals"

Phone 915-821-5900 • Fax 915-821-5902

CARTA DEL CONSENTIMIENTO DEL PADRE

Para los Empleados:

Yo doy permiso y consentimiento para mi hijo(a) que sea traído por las personas indicadas abajo. Para que lo vea el doctor para citas y tiene el permiso de tomar cualquier decision medica. Esta persona tiene que ser mayor de edad. Aunque, yo entiendo que el doctor puede negar servicios medicos. Tambien entiendo cualquier pago requerido sera cobrado antes de ver al paciente. Persona autorizada debe traer identificacion con fotografia a la hora de servicio.

Nombre (paciente)

Fecha de Nacimiento

Nombre (persona autorizada)

Relacion al Paciente

1. _____

2. _____

3. _____

Padre/Tutor (firma)

Fecha

Padre/ Tutor nombre (letra de molde)



Northeast Office:
 10755 Kenworthy Street
 El Paso, Texas 79924
 Phone 915-821-5900 • Fax 915-821-5902

Eastside Office:
 3660 Joe Battle Blvd., Ste. 8
 El Paso, Texas 79938

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)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Apellido del Niño(a)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre del Niño(a)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Segundo Nombre del Niño(a)

		/			/															
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de Nacimiento del Niño(a)

*Solamente niños menores de 18 años.

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. C-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.**



PROGRAMA DE VACUNAS PARA NIÑOS DE TEXAS (o TVFC)
 REGISTRO DE DETERMINACIÓN DEL DERECHO
 A LA PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE

Northeast Office:
 10755 Kenworthy Street
 El Paso, Texas 79924

Eastside Office:
 3660 Joe Battle Blvd., Ste. 8
 El Paso, Texas 79938

Phone 915-821-5900 • Fax 915-821-5902

Debe mantenerse un registro de todos los niños de 18 años de edad o menos que reciban inmunizaciones por medio del Programa de Vacunas para Niños de Texas en el consultorio de un proveedor de salud. Dicho registro lo puede rellenar el padre o la madre, el tutor, el individuo cuyo nombre consta en el registro o el proveedor de salud. En cada visita de inmunización deben asegurarse de que el niño siga teniendo derecho a participar en el TVFC. Este mismo registro satisfará los requisitos para todas las vacunaciones posteriores, en tanto el niño siga teniendo derecho a participar. Si cambiara el derecho a la participación del paciente, debe rellenarse un nuevo formulario. Aunque no se requiere verificar las respuestas, es necesario conservar este registro, o uno similar, por cada niño que reciba vacunas bajo el Programa de TVFC.

Fecha de la determinación: _____
 (mm/dd/aaaa)

Nombre del niño: _____
 Apellido Primer nombre Inicial del 2.o nombre

Fecha de nacimiento del niño: _____ Edad: _____
 (mm/dd/aaaa)

Padre o madre, tutor o individuo cuyo nombre consta en el registro: _____
 Apellido Primer nombre Inicial del 2.o nombre

Marque la primera categoría que corresponda; marque sólo una.

(a) Está inscrito en Medicaid, o

Número de Medicaid: _____

Fecha del derecho a la participación (mm/dd/aaaa) _____

(b) Es indio americano, o

(c) Es nativo de Alaska, o

(d) No tiene seguro médico (no está asegurado), o

(e) Es un paciente y recibe prestaciones del Plan de Seguro Médico Infantil (o CHIP) y lo están atendiendo en un complejo que cobra al CHIP, o

Número de CHIP: _____

Fecha en que adquirió el derecho a la participación (mm/dd/aaaa) _____

(f) Está subasegurado:

1) Tiene seguro médico comercial (privado), pero la cobertura no incluye las vacunas; o

2) El seguro sólo cubre ciertas vacunas (reúne los requisitos del TVFC sólo para las vacunas no cubiertas); o

3) El seguro limita la cobertura de vacunas a cierta cantidad. Una vez alcanzada dicha cantidad cubierta, se categorizará al niño como subasegurado.

(g) Tiene seguro privado que cubre las vacunas:

Nombre del asegurador: _____ Número de contacto del asegurador: (_____) _____
 Código de área y el número

Número de póliza/asegurado: _____ Número del grupo (de ser aplicable): _____

NOTA: El que falsifique a sabiendas la información en este documento constituye un fraude. Al firmar el formulario, doy fe de que la información de arriba es verídica y correcta. Declaro que la persona antes mencionada es la persona autorizada y reúne los requisitos para recibir vacunas por medio del TVFC.

Firma: _____ Fecha: _____
 (mm/dd/aaaa)

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.state.tx.us> para obtener más información sobre la notificación de privacidad. (Referencia: Código gubernamental, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

Sólo para uso de la clínica (Clinic Use Only)

I certify any services for CHIP members will be billed to CHIP; Yes No

TVFC Eligible: Yes No

Screener's Initials: _____

Northeast Office:
10755 Kenworthy Street
El Paso, Texas 79924



Eastside Office:
3660 Joe Battle Blvd., Ste. 8
El Paso, Texas 79938



"We Care. God Heals"

Phone 915-821-5900 • Fax 915-821-5902

Patient Family History Form

Patient's Name: _____ DOB: _____ Sex: male or female

Birth/Delivery

G ____ P ____ AB ____ Mother's age at birth ____

Place of Birth _____ Term _____ Type of Delivery: vaginal or c-section
Birth Attendant _____ Premature (weeks) _____ Breech *Y or N* Multiple Birth
More than 2 weeks over due ____

Nursery Course:

Birth weight _____ Birth length _____
__ Difficulty w/initial breathing __ Infections __ Jaundice req. treatment
__ Heart murmur __ Transfusions __ Seizures
Age at discharge ____ Newborn Screening (date/location): 1. ____ / 2. ____

Child Medical History:

Immunizations current: yes __ no __ Record unavailable __

<input type="checkbox"/> Trauma/Injuries	<input type="checkbox"/> Pneumonia	<input type="checkbox"/> Allergies	<input type="checkbox"/> Medications
<input type="checkbox"/> Hospitalizations	<input type="checkbox"/> Strep throat	<input type="checkbox"/> Developmental delays	<input type="checkbox"/> Asthma
<input type="checkbox"/> Surgery	<input type="checkbox"/> Ear Infections	<input type="checkbox"/> Vision Problems	<input type="checkbox"/> Eczema
<input type="checkbox"/> Hearing Problems	<input type="checkbox"/> Seizures	<input type="checkbox"/> Substance use (alcohol, drug, tobacco.)	<input type="checkbox"/> Bladder/Kidney infection
			<input type="checkbox"/> Other

Past Medical and Social History:

Do the following illnesses exist in the patient's parents, grandparents, or aunts/uncles? "Yes" or "No"

<input type="checkbox"/> T/B	<input type="checkbox"/> Cystic Fibrosis	<input type="checkbox"/> Seizures
<input type="checkbox"/> Anemia/Blood disorder	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Cancer
<input type="checkbox"/> Kidney Problems	<input type="checkbox"/> Arthritis	<input type="checkbox"/> High Blood Pressure/Stroke
<input type="checkbox"/> Heart Problems	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Gastrointestinal
<input type="checkbox"/> Birth Defects	<input type="checkbox"/> Psychiatric disorder	<input type="checkbox"/> Drug Abuse
<input type="checkbox"/> High cholesterol	<input type="checkbox"/> Domestic Violence	<input type="checkbox"/> Alcohol Abuse