



McKinney Pediatrics

1872 N. Lake Forest Dr. McKinney, Texas 75071 T: 972.548.0758, F: 972.548.0425

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Nino Nina

Primero Otro Apellido

Fecha de nacimiento: _____
Mes Día Año

Teléfono: _____
(para los mensajes de las citas)

Dirección del paciente: _____
Numero de la Calle Calle # del apartamento

Ciudad Estado Código Postal

Nombre de Hermanos(as): _____

Dirección de factura: _____

(si diferente) _____ Nombre: _____

INFORMACION DEL PERSONA RESPONSIBLE

Información De La Mama:

Paciente vive con mama _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

E-mail: _____

Celular: _____

Teléfono del trabajo: _____

Información Del Papa:

Paciente vive con papa _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

E-mail: _____

Celular: _____

Teléfono del trabajo: _____

¿Como te enteraste de nosotros?

<i>Amigo</i>	<i>Conduciendo</i>	<i>Anuncio</i>	<i>Aseguranza</i>	<i>Otro:</i>
--------------	--------------------	----------------	-------------------	--------------

Firma a continuación se indica la responsabilidad financiera de todos los cargos efectuados en esta cuenta para cualquier porción de su cuenta no pagada en su totalidad. Esta es un acuerdo jurídicamente vinculante para la responsabilidad financiera de cobro de honorarios, gastos finales, y cualquier honorario de abogados para pago de la cuenta. Esto también es un acuerdo jurídicamente vinculante para McKinney Pediatrics, PA para el tratamiento y el cuidado de su hijo, a menos que se indique otra cosa. Tenga en cuenta que el pago se debe en el momento del servicio.

QUIEN TRAIGA AL NINO O NINA ES RESPONSIBLE DE FACTURA!

Persona Responsable: _____

Firma De La Persona Responsable: _____ Fecha: _____

INFORMACION DE ASEGURANZA



ASEGURANZA PRIMARIA

NOMBRE DE LA ASEGURANZA: _____ CO-PAGO: _____
NUMERO DEL GRUPO: _____ NUMERO DE LA ASEGURANZA: _____
PERSONA QUE TENGA LA ASEGURANZA: _____
CUAL ES LA RELACION AL PACIENTE: _____ NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____
FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO: _____
DIRECCION: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____
CODIGO POSTAL: _____ TELEFONO #: _____
DONDE TRABAJA: _____ DIRECCION: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZIP: _____ TELEFONO DEL TRABAJO: _____
FECHA DE EFFECTIVO DE ASEGURANZA: _____

ASEGURANZA ADICIONAL

PACIENTE TIENE OTRA ASEGURANZA? YES NO
NOMBRE DE LA ASEGURANZA: _____ CO-PAGO: _____
NUMERO DEL GRUPO: _____ NUMERO DE LA ASEGURANZA: _____
PERSONA QUE TENGA LA ASEGURANZA: _____
CUAL ES LA RELACION AL PACIENTE: _____ NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____
FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO: _____
DIRECCION: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____
CODIGO POSTAL: _____ TELEFONO #: _____
DONDE TRABAJA: _____ DIRECCION: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZIP: _____ TELEFONO DEL TRABAJO: _____
FECHA DE EFFECTIVO DE ASEGURANZA: _____

INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE

NOMBRE: _____ CUAL ES LA RELACION AL PACIENTE: _____
NUMERO DEL LICENCIA#: _____ ESTADO: _____

TARJETA DE ASEGURANZA Y TARJETA DE INTIFICACION SON NECESSARIAS A TIEMPO DE LA CITA

FIRMA A CONTINUACION SE INDICA ESTE INFORMACION ES VERDAD Y CORRECTA.

FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE: _____ FECHA: _____

Historia de Salud Pediátrica

De salud del niño Tu es de suma importancia para nosotros. Por favor, rellene el formulario de la forma más completa y precisa como sea posible. Si no está seguro de cómo responder a un tema determinado, sólo la vuelta al tema y estaremos encantados de discutir con usted. Toda la información es tratada de forma confidencial.

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: M ____ F ____

Médico anterior: _____ Teléfono: _____ Ciudad/Estado: _____

Alergias a medicamentos: _____

Medicamentos: _____

**** Por favor, compruebe y lista de cualquier problema que su hijo tiene en cualquiera de las siguientes áreas:**

<input type="checkbox"/>	Ojos	
<input type="checkbox"/>	Orejas	
<input type="checkbox"/>	Nariz/Garganta	
<input type="checkbox"/>	Corazón	
<input type="checkbox"/>	Sistema digestivo	
<input type="checkbox"/>	Sistema urinario	
<input type="checkbox"/>	Músculos/articulaciones/huesos	
<input type="checkbox"/>	Piel	
<input type="checkbox"/>	Comportamiento	
<input type="checkbox"/>	Otro	

¿** Ha tenido su hijo hospitalizaciones ni lesiones graves? Si es así, por favor list _____

Por favor circule cualquier condición que ninguno de los parientes de sangre de los niños han tenido y su relación:			
CONDICIÓN	RELACIÓN	CONDICIÓN	RELACIÓN
Alcoholismo		VIH/SIDA	
Anemia		Trastorno del Riñón	
Asma/Alergias		Trastorno de pulmón	
Autismo		Enfermedad	
Defectos de Nacimiento		Trastorno muscular	
Ósea o trastornos de la articulación		Fiebre reumática	
Cáncer		Convulsiones	
Diabetes		Enfermedad de células	
Epilepsia		Dermatosis	
Trastorno de ojo o el oído		Golpe	
Defectos genéticos		Trastorno de la tiroides	
Enfermedad del corazón		Tuberculosis	
Hemofilia		Fibrosis Cystico	
Presión arterial alta		Otros:	

Reconozco que la información aquí contenida es correcta a lo mejor de mi conocimiento..

Firma: _____ Relación con el paciente: _____



1872 N. Lake Forest Dr. McKinney, Texas 75071 T: 972.548.0758 F: 972.548.0425

Aviso de Prácticas de Privacidad Resumen

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Reconozco que McKinney Pediatría me proporciono una copia escrita de aviso de prácticas de la práctica de privacidad.

También reconozco que he tenido la oportunidad de leer el aviso de prácticas de privacidad y hacer preguntas.

Firma de padre/tutor: _____

Fecha: _____

Relación con el Paciente: _____



1872 N. Lake Forest Dr., McKinney, Texas 75071 T: 972.548.0758 F: 972.548.0425

Práctica Enfermera Advance Consentimiento para el tratamiento

McKinney Pediatrics, PA tiene un avance en el personal de Práctica Enfermera para ayudar en la prestación de la atención pediátrica.

Una enfermera por adelantado no es un médico. Una enfermera de práctica anticipada es una enfermera registrada que ha recibido educación superior y la formación en la prestación de atención de salud. Una enfermera de práctica anticipada puede diagnosticar, tratar y controlar las enfermedades comunes y crónicas graves así como la proporcionar el mantenimiento de salud. Además, la enfermera de práctica anticipada puede tratar a menores cortes y otras lesiones menores.

He leído lo anterior, y doy mi consentimiento para los servicios de una enfermera de práctica anticipada de cuidados de la salud infantil a mis necesidades.

Entiendo que en cualquier momento me puede negar a ver a la enfermera práctica por adelantado y solicitar ver a un médico.

Nombre del paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____



1872 N. Lake Forest Dr. McKinney, Texas 75071 T: 972.548.0758 F: 972.548.0425

Permiso Para Cuidado Medico y Liberar Información

Yo, _____, autorizo al personal de McKinney Pediatrics, PA dar información acerca de la salud de mi hijo(a) también durante my ausencia a cualquier persona nombrada abajo que traiga a mi hijo(a) para cuidado medico.

Nombre: _____ Parentesco: _____
Nombre: _____ Parentesco: _____
Nombre: _____ Parentesco: _____

La siguiente información puede ser dada:

	Personas Escritas Arriba	Dejando Mensajes
Hora de cita	Si or No	Si or No
Exámenes y resultados de laborterio	Si or No	Si or No
Medicamentos	Si or No	Si or No
Procedimiento	Si or No	Si or No
Cualquier información de arriba to cante a la salud de mi hijo(a)	Si or No	Si or No

Yo entiendo y puedo suspender este consentimiento a cualquier hora. Dando la notica preescrito a la personal u organización haciendo una revelación hasta que la noticia sea entregada esta petición será valida.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____

(Padres o Tutor)



1872 N. Lake Forest Dr McKinney, Texas 75071 T: (972) 548-0758 F: (972) 548-0425

McKinney Pediatría la política de oficina "No-Show"

Política de Pediatría McKinney un "otro" es el siguiente:

- **Llamar con anticipación si es tarde o no puede hacer su turno.** Haremos todo que podemos para dar cabida a la cita de su niño y reducir al mínimo la necesidad de reprogramar su cita - nos ayudará con nuestra gestión del tiempo. Nuestro sistema de llamada de recordatorio permite una indicación para su necesidad de reprogramar, McKinney Pediatría aceptará esta notificación en lugar de una llamada de teléfono, si es después de horas hábiles.
- **Llegadas tardías (más de 15 minutos después de la cita) se ofrecerá la próxima cita disponible.** Mientras que haremos todo lo posible para acomodar los pedidos, la primera disponible mayo cita o no ser el mismo día que se perdió la cita.
- **Un "No Show" será documentado en el expediente de su hijo y se utiliza para realizar un seguimiento de citas perdidas.** Tres citas de "No Show" dentro de un período de tiempo balanceo de seis 6 meses (sin llamar por lo menos 3 horas de negocios antes de la hora de la cita) resultará en el despido de Pediatría McKinney y la notificación a su compañía de seguros. McKinney Pediatría no enviará recordatorios de shows, la cortesía de una llamada telefónica es todo lo que pedimos.
- **Recuerde: las citas cancelado más de 3 horas de negocio antes cuando estaban programada voluntad no incurrir en una "presentación".**

Al firmar abajo, usted reconoce notificación y comprensión de la política de Pediatría McKinney en citas de otro.

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)

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

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. 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.

Dear Patients,

Our practice is participating in a government program that encourages the adoption of electronic health records. This technology will lead to reduced health care costs, but it will also improve the quality of your care and our ability to communicate with you, our patients.

As part of this program, the government requires us to record the following demographic information about you:

- 
- ▶ Preferred language
 - ▶ Race
 - ▶ Ethnicity
 - ▶ Date of birth
 - ▶ Gender

The U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) provides the options for the race and ethnicity fields that match the data collection standards defined by the U.S. Office of Management and Budget (OMB) and the U.S. Bureau of the Census (BC). We maintain secure records and assure you that this information will remain confidential.

You can help us by reviewing the list of options below and providing your race and ethnicity information during registration or check-in. If you do not wish to provide this information, you may simply decline.


Thank you for your assistance!

McKinney Pediatrics



Please identify your Race from the following CDC-defined options:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> African | <input type="checkbox"/> Black or African American | <input type="checkbox"/> Japanese | <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander |
| <input type="checkbox"/> African American | <input type="checkbox"/> Burmese | <input type="checkbox"/> Korean | <input type="checkbox"/> Other Race |
| <input type="checkbox"/> Alaska Native | <input type="checkbox"/> Cambodian | <input type="checkbox"/> Laotian | <input type="checkbox"/> Pakistani |
| <input type="checkbox"/> American Indian | <input type="checkbox"/> Chinese | <input type="checkbox"/> Madagascar | <input type="checkbox"/> Polynesian |
| <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native | <input type="checkbox"/> Dominica Islander | <input type="checkbox"/> Malaysian | <input type="checkbox"/> Singaporean |
| <input type="checkbox"/> Arab | <input type="checkbox"/> Dominican | <input type="checkbox"/> Maldivian | <input type="checkbox"/> Sri Lankan |
| <input type="checkbox"/> Asian | <input type="checkbox"/> European | <input type="checkbox"/> Melanesian | <input type="checkbox"/> Taiwanese |
| <input type="checkbox"/> Asian Indian | <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Micronesian | <input type="checkbox"/> Thai |
| <input type="checkbox"/> Bahamian | <input type="checkbox"/> Haitian | <input type="checkbox"/> Middle Eastern or North African | <input type="checkbox"/> Tobagoan |
| <input type="checkbox"/> Bangladeshi | <input type="checkbox"/> Hmong | <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander | <input type="checkbox"/> Trinidadian |
| <input type="checkbox"/> Barbadian | <input type="checkbox"/> Indonesian | <input type="checkbox"/> Nepalese | <input type="checkbox"/> Vietnamese |
| <input type="checkbox"/> Bhutanese | <input type="checkbox"/> Iwo Jiman | <input type="checkbox"/> Okinawan | <input type="checkbox"/> West Indian |
| <input type="checkbox"/> Black | <input type="checkbox"/> Jamaican | | <input type="checkbox"/> White |



Please identify your Ethnicity from the following CDC-defined options:

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Central American | <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino/Spanish | <input type="checkbox"/> Mexican | <input type="checkbox"/> South American |
| <input type="checkbox"/> Cuban | <input type="checkbox"/> Latin American/Latin, Latino | <input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino | <input type="checkbox"/> Spaniard |
| <input type="checkbox"/> Dominican | | <input type="checkbox"/> Puerto Rican | |