



## FORMA DE LA INFORMACION DEL PACIENTE

FECHA DE HOY: \_\_\_\_\_

HORA DE LA CITA: \_\_\_\_\_

### PERFIL DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ LENGUAGE \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_M\_\_\_F # SS DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ RAZA \_\_\_\_\_ ETNICIDAD \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ C. POSTAL \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL PADRE/GUARDIAN

NOMBRE DE LA MADRE/GUARDIAN \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

# SS DEL PADRE/GUARDIAN: \_\_\_\_\_ PARENTESCO \_\_\_\_\_ # DE TEL \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ C. POSTAL \_\_\_\_\_

LUGAR DE TRABAJO \_\_\_\_\_ # DE TRABAJO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE/GUARDIAN \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

# SS DEL PADRE/GUARDIAN: \_\_\_\_\_ PARENTESCO \_\_\_\_\_ # DE TEL \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ C. POSTAL \_\_\_\_\_

LUGAR DE TRABAJO \_\_\_\_\_ # DE TRABAJO \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL SEGURO MEDICO

PERSONA ENCARGADA DE LA POLIZA \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

# SS \_\_\_\_\_ PARENTESCO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL SEGURO \_\_\_\_\_ # DE POLIZA \_\_\_\_\_ # DEL GRUPO \_\_\_\_\_

### CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE \_\_\_\_\_ # DE TELEFONO \_\_\_\_\_

PARENTESCO \_\_\_\_\_

### RECOMENDACIONES

RECOMENDADO POR \_\_\_\_\_ DOCTOR ANTERIOR \_\_\_\_\_

YO AUTORIZO EL PERMISO DE PEDIR CUALQUIER INFORMACION MEDICA NECESARIA PARA EL PROCESO DE MIS RECIBOS. YO DOY PERMISO A QUE UNA COPIA DE ESTE DOCUMENTO SEA USADA EN LUGAR DEL DOCUMENTO ORIGINAL. YO AUTORIZO QUE LOS PAGOS DE LOS BENEFICIOS MEDICOS DEL PACIENTE SEAN PAGADOS A ESTA PRACTICA.

FIRMA \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_



## Notificacion de Poliza de Practicas Privadas (HIPAA)

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Direccion del Paciente:

Calle/ PO Box: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Codigo Postal: \_\_\_\_\_

### **POR FAVOR DE LLENAR U OMITA TODAS LAS QUE SEAN NECESARIAS:**

Numeros de Telefono: Casa: \_\_\_\_\_  
Trabajo: \_\_\_\_\_  
Celular: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_  
Otro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma: Padre/Madre o Guardian Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

### **POR FAVOR DE ENLISTAR A TODAS LAS PERSONAS QUE USTED AUTORIZA A TRAER A SU HIJO (S) PARA CITAS Y TRATAMIENTOS:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma: Padre/Madre o Guardian Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

### **POR FAVOR DE ENLISTAR SI USTED AUTORIZA QUE SE LES MANDE INFORMACION ELECTRONICA:** Ex: record de vacunas, laboratorios, visitas, excusas, cobros o recibos

Email: \_\_\_\_\_ Texto: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma: Padre/Madre o Guardian Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha



## CONSENTIMIENTO PARE EL TRATAMIENTO

### Reconocimiento de el recibo por escrito de Edinburg Children's Clinic Integrado Entrega Aviso Sistema de Prácticas de Privacidad

(Iniciales)

Reconozco recibir de Edinburg Children's Clinic Delivery System Integrado (ECC IDS) el Aviso de Prácticas de Privacidad (El Aviso). El aviso explica cómo ECC IDS puede utilizar y divulgar su información de salud protegida para tratamiento, pago y operaciones de atención con propósitos médicos. "Información de salud protegida" significa que su información personal de salud que se encuentra en sus registros médicos y de facturación.

*Si usted tiene preguntas acerca de la notificación, por favor póngase en contacto con la Oficina de Privacidad ECC IDS. Usted puede encontrar su información de contacto se encuentra en el Aviso.*

### Consentimiento General Para Tratamiento

(Iniciales)

Yo soy el padre/tutor de \_\_\_\_\_ (nombre del paciente). Tengo el derecho legal para dar su consentimiento para el tratamiento médico y quirúrgico de este/a paciente. Voluntariamente autorizo y consiento a la atención médica, el tratamiento y las pruebas de diagnóstico que el Edinburg Children's Clinic y sus asociados o asistentes designados creen que son necesarios para este niño/a. Entiendo que al firmar este formulario, estoy dando permiso a los médicos, enfermeras, asistentes médicos y otros profesionales de la salud en este consultorio médico para proporcionar tratamiento a este niño/a, siempre y cuando este niño/a es un paciente en esta oficina, o hasta que retire mi consentimiento.

### Consentimiento Para Divulgar y Obtener Información

(Iniciales)

De acuerdo con la ley federal y estatal, estoy de acuerdo en permitir que Edinburg Children's Clinic ofrecer los cuidados necesarios a este niño/a con el fin de dar continuidad de la atención y el tratamiento. Edinburg Children's Clinic y/o el proveedor del paciente pueden obtener de cualquier fuente y examinar y utilizar, o discutir y divulgar, la historia clínica del paciente y la información para el tratamiento del personal del hospital y agentes, u otro personal médico, registros auditores médicos, comités profesionales, cuidar evaluadores y agencias gubernamentales. Esta información puede incluir, pero no se limitan a: la historia, exámenes, diagnósticos, tratamientos hay, abuso médico psiquiátrico de drogas y alcohol o información de las pruebas genéticas, o información sobre el VIH o el SIDA. Este consentimiento para liberar y obtener información es válida hasta que sea revocada. El abajo firmante puede revocar el consentimiento por escrito en cualquier momento, salvo en lo relativo a las divulgaciones que ya se han hecho en la dependencia de dicho consentimiento.

(Iniciales)

He leído esta forma o de esta forma han leído a mí en un idioma que yo entiendo, y yo he tenido la oportunidad de hacer preguntas al respecto.

### Receta Electrónica (E-Prescripción)

(Iniciales)

Voluntariamente autorizo Edinburg Children's Clinic para permitir la receta electrónica de las prescripciones de pedidos por correo del paciente, lo que permite a los proveedores de salud para transmitir electrónicamente las recetas a la farmacia de mi elección; revisar la información de beneficios de farmacia y de la historia de dispensación médica siempre y cuando este niño/a es un paciente en esta oficina, o hasta que puedo retirar mi consentimiento.

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del Representante del Paciente \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_

Firma del Representante del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_









## HOJA DE POLÍTICA FINANCIERA DEL PACIENTE

Septiembre 2015

En la clínica Edinburg Children's Clinic (ECC) estamos comprometidos a brindarle una atención de calidad, y estamos encantados de discutir nuestros honorarios profesionales con usted en cualquier momento. Su clara comprensión de nuestra política financiera es importante para nuestra relación profesional. Por favor, pregunte si usted tiene alguna pregunta sobre esta política financiera.

Para que nos ayuden en el establecimiento de la cuenta financiera en Edinburg Children's Clinic, por favor:

- Proporcionar toda la información necesaria para la facturación exacta de su reclamo, incluyendo su tarjeta de seguro, información del empleador y la información demográfica.
- Satisfacer todos los seguros de los co-pagos, deducibles y servicios no cubiertos en los servicios de día son prestados.
- Proporcione a su compañía de seguros y ECC con cualquier información adicional solicitada para completar la tramitación de las reclamaciones presentadas en su nombre.
- Autorizar la divulgación de información necesaria para la presentación de seguros y pre-certificación (firmar en esta hoja abajo).

### MENORES NO ACOMPAÑADOS:

Menor debe tener una autorización para recibir tratamiento médico firmado por su padre / madre / tutor y es responsable de proporcionar información del seguro actual de auto. Tenga en cuenta que los copagos y/o deducibles se pagan y cobran que en el momento del servicio.

Para todos los servicios rendidos a un paciente menor de edad, el adulto que acompaña al paciente, los padres o tutores con la custodia son responsables por el pago.

### PACIENTES RECIEN NACIDOS:

Todos los pacientes recién nacidos tienen hasta los 30 días de edad para presentar la información del seguro. Si ningún seguro se presenta al final de 30 días, el padre o tutor legal del menor serán responsables de todos los cargos adquiridos hasta esa fecha.

### RESPECTO DEL DIVORCIO:

Edinburg Children's Clinic no se involucra en las disputas entre los padres divorciados con respecto a la responsabilidad financiera de los gastos médicos de su hijo/a. Al firmar como garante de abajo, usted está de acuerdo en ser financieramente responsable de la atención que prestamos a su hijo/a, independientemente de si una sentencia de divorcio o de otros lugares de disposición que obliga a su ex cónyuge.

### RESPECTO DE SEGUROS:

Indemnización / Tasa por Servicio: Se requiere el pago total al momento del servicio. Le proveeremos con una copia de su declaración detallada para que pueda solicitar el reembolso de su compañía de seguros. En caso de que su compañía de seguros requiera una descripción más detallada de los servicios, por favor haga que lo soliciten por escrito.

El seguro es un contrato entre usted y su empresa. No somos una parte en su contrato. No vamos a participar en las disputas entre usted y su compañía de seguros en relación con los deducibles, los cargos no cubiertos, co-seguros, seguros de secundaria, de coordinación de beneficios, condiciones pre-existentes, o gastos "razonables y habituales" que no sean para abastecer el fáctica información cuando sea necesario. Usted es responsable por el pago oportuno de su cuenta.

Tengo \_\_\_\_\_ No Tengo \_\_\_\_\_ actualmente Medicaid o cualquier seguro de cuidado administrado (Por favor inicial su respuesta)

### PLANES DE ATENTION ADMINSTRADA CONTRATADOS (HMO, PPO, POS, EPO)

Cada vez que haga una cita con Edinburg Children's Clinic, es su responsabilidad asegurarse de que él / ella está actualmente bajo contrato con su plan de atención administrada. Puede ser necesaria la verificación de su cobertura y beneficios. A menudo, esta verificación nos obliga a compartir la razón de su visita con su plan de atención médica administrada. Por favor haga planes para mostrar su tarjeta actual en cada visita.

Si usted es referido a un especialista o decide que necesita un especialista, usted puede ser requerido por su plan de atención médica administrada para llamar a Edinburg Children's Clinic con el fin de obtener una referencia de seguros. Es su responsabilidad mantener un registro de las fechas de vencimiento y para dar el consultorio del médico una antelación mínima de 48 horas antes de ser visto por un especialista. Retro referencias no pueden ser permitidos en todos los planes de cuidado administrado. Por lo tanto, si no se obtiene una referencia, puede ser responsable por el pago total por el especialista.

- He leído y entiendo que soy personalmente responsable por el pago en esta cuenta.
- Asignación: Por la presente autorizo el pago directamente a Edinburg Children's Clinic. Cualquier cambio en esta autorización deben ser recibidas por escrito dentro de los 30 días de la fecha de vigencia.
- En el caso de mi compañía de seguros considera un servicio a ser "no cubiertos" Yo entiendo que soy personalmente responsable del pago.
- Estoy de acuerdo con la liberación de cualquier y toda la información médica, incluyendo los resultados de pruebas de laboratorio, y la información financiera necesaria para procesar este y cualquier reclamo futuro a mi asegurador o pagador de beneficios para la salud, ya que me permite designar a la persona o entidad que de vez en cuando, por un período indefinido o hasta que envíe una revocación escrita de este comunicado. Cualquier cambio a esta autorización deben ser recibidas por escrito dentro de los treinta días de la fecha de vigencia.

Garante Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Relación con Paciente: \_\_\_\_\_

Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_ Garante Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

PACIENTE (S) NOMBRE: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_



### Records Released From

Name \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_  
Mailing Address \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
City, State, ZIP \_\_\_\_\_

### Patient Contact Information

Name of Patient \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_  
Dates of Service \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

### Reports to be Disclosed

Please indicate those reports that you would like to be disclosed.

History and Physical Exam	_____	Growth Chart	_____
Consultation Reports	_____	Operative Reports	_____
Progress Notes	_____	Billing Claims Forms	_____
Radiology Reports	_____	All Medical Notes	_____
Laboratory Reports	_____	Immunization Record	_____
Pathology Reports	_____		

### Authorization

I authorize the third party named in the above section to disclose the protected health information about my child (or the patient) as described above. I understand:

- This authorization expires 180 days from the date of my signature unless I specify otherwise.  
Expiration \_\_\_\_\_
- I may revoke this authorization at any time by notifying Edinburg Children's Clinic in writing. If I revoke the authorization, I understand that it will have no affect on actions Edinburg Children's Clinic took in good faith before receiving the revocation.
- Edinburg Children's Clinic may not condition treatment or payment on my completion of this form.
- Edinburg Children's Clinic reserves the right to verify my identity or guardianship.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Printed Name \_\_\_\_\_ Relationship to Patient \_\_\_\_\_

### Send Records To:

**Edinburg Children's Clinic**  
**4709 South Jackson Rd**  
**Edinburg, TX 78539**  
**Phone: (956) 682-4500 Fax: (956) 682-4505**

Employee Requesting Record: \_\_\_\_\_



# PATIENT PORTAL AGREEMENT

Edinburg Children's Clinic provides this site in partnership with e-MDs for the exclusive use of its established patients. This patient portal is designed to enhance patient-physician communication. ALL users must be established patients with Edinburg Children's Clinic.

At Edinburg Children's Clinic we strive to keep ALL information in your records correct, complete and up to date. If you identify any discrepancies on your record, you AGREE to notify us IMMEDIATELY. Additionally, by using the patient portal, you as the user, agree to provide us with factual and correct information.

The information on the patient portal is maintained by Edinburg Children's Clinic at its current physical address of 4709 S Jackson Rd, Edinburg, TX 78539. For questions about this site, contact Lizbeth Miranda at (956) 682-4500 or by email at [edinburgclinic@aol.com](mailto:edinburgclinic@aol.com).

## **The Patient Portal Provides the Following Services:**

- Patient May Schedule Own Appointments/Cancel (with Miss Ariana de la Garza only)
- Appointment Wait List (Dr Zavala)
- Medication Refill Request
- Communication of Laboratory Results from Staff to Patient
- Review of Patient's Medical Summary, Medication List, Treatment History, and Visit Dates
- Limited Communication of Current (on-going) Treatment with OFFICE (medical assistants, front staff and Mrs. Hernandez)

## **The Patient Portal is NOT Indented for Following Services:**

- Provide Internet Based Triage and Treatment Request. Diagnosis and Treatment can only be made after the patient is physically SEEN in person by the physician.
- No Emergent Communication or Services. Any emergency conditions should be SEEN by Urgent Care, Emergency Department, or 911.
- No Request for Antibiotics.
- No Refill of Medications if Patient has NOT been seen in the last 30 days.
- No Personal Conversations with Staff or Profanity will be Tolerated

The patient portal is provided as a courtesy to our valued patients. While some offices charge for this service on an annual basis, we are focused on providing the highest level of service and health care. However if abuse or negligent usage of patient portal persists we reserve the right at our own discretion to terminate patient portal offering, suspend user access, or modify services offered through the patient portal.

The patient portal is provided in partnership with e-MD's our EHR software vendor and provider. The data is stored at Edinburg Children's Clinic. The data is on HIPPA compliant VPN with high level encryption that exceeds the HIPPA standards. While we believe that the IT infrastructure and data are safe and secure, it does not guarantee unforeseen adverse events cannot occur. To the extent that it is possible, Edinburg Children's Clinic undergoes rigorous IT implementation and security standards exceeding industry recommendations.

Please read our HIPPA policy for information on how private health information (PHI) is used at Edinburg Children's Clinic. All new and established patients have signed a HIPPA Agreement Form and have been given a copy of our HIPPA policy. If you do not recall having signed a HIPPA Agreement Form or need to reacquaint with our HIPPA policy, a print copy will be provided for you to review.

