

FORMA DE LA INFORMACION DEL PACIENTE

FECHA DE HOY: _____

HORA DE LA CITA: _____

PERFIL DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

SEXO: ___M___F # SS DEL PACIENTE: _____ RAZA _____ ETHNICIDAD _____

TELEFONO _____ DIRECCION _____ CIUDAD _____ ESTADO _____

_____ C. POSTAL _____ CORREO ELECTRONICO _____

INFORMACION DEL PADRE/GUARDIAN

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 _____

EL EXPEDIENTE MEDICO FUE PEDIDO POR SU DOCTOR ANTERIOR? _____

SI LA RESPUESTA ES SI, FAVOR DE ESCRIBIR LA FECHA _____

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 _____



DR. LIVANIA ZAVALA MD, PA FAAP

4709 SOUTH JACKSON

EDINBURG, TX 78539

Notificacion de Poliza de Practicas Privadas (HIPPA)

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 AUTORIZE A TRAER A SU HIJO (S) PARA CITAS Y TRATAMIENTOS:

Nombre: _____ Telefono: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Nombre: _____ Telefono: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Nombre: _____ Telefono: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Nombre: _____ Telefono: _____ Fecha de Nacimiento: _____

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, escusas, cobros o recibos

Email: _____ Texto: _____ Fax: _____

Firma: Padre/Madre o Guardian Legal

Fecha



DR. LIVANIA ZAVALA MD, PA FAAP
4709 SOUTH JACKSON
EDINBURG, TX 78539

Consentimiento Para Tratamiento Medico

Yo, _____ con mi firma doy consentimiento para el tratamiento medico solamente cuando el paciente(s) esten acompañados de mi/ nosotros o algun guardian legal a menos que sea alguien autorizado previamente por llamada o por escrito

Yo, doy consentimiento de que mi hijo (a)/(s) reciba (n) o se le(s) practiquen, LABORATORIOS, PROCEDIMIENTOS, VACUNAS y INYECCIONES en la oficina.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma: Padre/Madre o Guardian Legal

Fecha

CUESTIONARIO DEL HISTORIAL MEDICO

NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO

EDAD

HISTORIAL DE NACIMIENTO

PESO DE NACIMIENTO _____

EL BEBE NACIO ANTES O DESPUES DE LAS 40 SEMANAS _____

DURANTE EL EMBARAZO LA MAMA:

FUMO: SI NO TOMO ALCOHOL: SI NO

USO ALGUN MEDICAMENTO: SI NO NOMBRE _____ CUANDO _____

CUAL FUE LA FORMA DE ALIMENTACION DEL BEBE AL NACER: LECHE MATERNA FORMULA

EL BEBE FUE DADO DE ALTA AL MISMO TIEMPO QUE LA MAMA? SI NO

GENERAL

USTED CONSIDERA QUE SU HIJO ESTA EN BUENA SALUD? SI NO RAZON _____

SU HIJO PADECE SE ALGUNA ENFERMEDAD SERIA? SI NO CUAL _____

SU HIJO A TENIDO ALGUN TIPO DE CIRUGIA? SI NO CUANDO _____

A ESTADO SU HIJO HOSPITALIZADO? SI NO RAZON _____

ES SU HIJO ALERGICO ALGUNA MEDICINA? SI NO CUAL _____

ESTA USTED PREOCUPADA (O) POR EL DESARROLLO DE SI NO RAZON _____

SU HIJO?

HISTORIAL FAMILIAR

ALERGIAS NASALES SI NO QUIEN _____

ASTHMA SI NO QUIEN _____

TUBERCULOSIS SI NO QUIEN _____

PROBLEMAS DEL CORAZON SI NO QUIEN _____

PRESION ALTA SI NO QUIEN _____

ANEMIA SI NO QUIEN _____

PROBLEMAS DE SANGRADO SI NO QUIEN _____

PROBLEMAS DEL HIGADO SI NO QUIEN _____

PROBLEMAS IMUNOLOGICOS COMO VIH SI NO QUIEN _____

HISTORIAL PASADO

SU HIJO TIENE O A TENIDO ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O COMPLICACIONES:

ALERGIAS NASALES SI NO CUANDO _____

PROBLEMAS CON LA VISTA SI NO CUANDO _____

ASTHMA, BRONCHITIS, NEUMONIA SI NO CUANDO _____

ALGUN PROBLEMA CON EL CORAZON SI NO CUANDO _____

ANEMIA O PROBLEMAS DE SANGRADO SI NO CUANDO _____

TRANSFUSION DE SANGRE SI NO CUANDO _____

DOLOR ABDOMINAL FRECUENTE SI NO CUANDO _____

ESTRENIMIENTO CRONICO SI NO CUANDO _____

DOLORES DE CABEZA FRECUENTES SI NO CUANDO _____

CONVULSIONES O ALGUN PROBLEMA NEUROLOGICO SI NO CUANDO _____

DIABETES SI NO CUANDO _____

PROBLEMAS DE TIROIDE SI NO CUANDO _____

ALGUNA OTRA ENFERMEDAD O PROBLEMA SI NO CUANDO _____

DEPARTAMENTO ESTATAL DE SERVICIOS DE SALUD DE TEXAS
REGISTRO DE INMUNIZACIÓN (ImmTrac)
(RECIÉN NACIDO) FORMULARIO DE REGISTRO



(Favor de escribir claramente con letra de molde)

--	--	--	--

For Clinic/Office Use

Apellido del Niño(a)

--	--	--	--

Nombre del Niño(a)

--	--	--	--

Segundo Nombre del Niño(a)

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

Fecha de Nacimiento del Niño(a)

**Solo recién nacidos.*

Género: Masculino Femenino

--	--	--	--

Nombre de la Madre

--	--	--	--

Apellido de Soltera de la Madre

--	--	--	--

Dirección de la Madre, Calle

--	--	--	--

Apartamento #

--	--	--	--

Teléfono

--	--	--	--

Ciudad

--	--	--	--

Estado

Código Postal

--	--	--	--

Municipio

El registro de inmunización (ImmTrac) de Texas, es un servicio gratis que proporciona el Departamento Estatal de Servicios de Salud (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.

Favor de marcar la caja indicando la selección de su preferencia.

YO **AUTORIZO** el consentimiento para registrarlo. Deseo **INCLUIR** la información de mi niño(a) en el registro de inmunización de Texas.

YO **NIEGO** el consentimiento para registrarlo. Deseo **EXCLUIR** la información de mi niño(a) del 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. Dirijase 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)

¿Tiene preguntas? (800) 252-9152 • (512) 458-7284 • www.ImmTrac.com

ImmTrac NB-2S Stock No. F11-11936

Texas Department of State Health Services • ImmTrac Group – MC 1946 • P.O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

Revised 07/22/08



BIRTH REGISTRARS – Please enter newborn client information in Texas Electronic Registrar and **affirm** that consent has been granted. **DO NOT fax to DSHS. Retain this form in the client's birth record.**



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

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: _____



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 FINANCIAL POLICY SHEET

September 2013

WE at Edinburg Children’s Clinic (ECC) are committed to providing you with quality care, and we are pleased to discuss our professional fees with you at any time. Your clear understanding of our financial policy is important to our professional relationship. Please ask if you have any questions about this financial policy.

TO assist us in establishing your Edinburg Children’s Clinic financial account, please:

- Supply all necessary information for the accurate billing of your claim, including your insurance card, employer information and demographic information.
- Satisfy all insurance co-payments, deductibles and non-covered services on the day services are rendered.
- Provide your insurance company and ECC with any additional information requested to complete the processing of claims filed on your behalf.
- Authorize release of information necessary for insurance filing and pre-certification (sign on this sheet below).

UNACCOMPANIED MINORS:

Minor must have an authorization for medical treatment signed by his/her parent/guardian and is responsible for providing current insurance information for self. Please note that co-payments and/or deductibles are expected at the time of service. For all services rendered to a minor patient, we look to the adult accompanying the patient and the parent or guardian with custody for payment.

NEWBORN PATIENTS:

All newborn patients have until they are 30 days old to present insurance information. If no insurance is presented at the end of 30 days the parent or legal guardian of the minor will be responsible for all acquired charges until that date.

REGARDING DIVORCE:

Edinburg Children’s Clinic does not get involved in disputes between divorced parents regarding financial responsibility for their child’s medical expenses. By signing as guarantor below, you agree to be financially responsible for the care we provide to your child, regardless of whether a divorce decree or other arrangement places that obligation on your former spouse.

REGARDING INSURANCE:

Indemnity/Fee for Service: We require full payment at the time of service. We will supply you with a copy of your itemized statement so that you can file for reimbursement from your insurance company. Should your insurance company require a more detailed description of services, please have them request it in writing. Insurance is a contract between you and your company. We are not a party to your contract. We will not become involved in disputes between you and your insurance company regarding deductibles, non-covered charges, co-insurance, secondary insurance, coordination of benefits, pre-existing conditions, or “reasonable and customary” charges other than to supply the factual information as necessary. You are responsible for timely payment of your account.

I do _____ do not _____ currently have Medicaid or Any Managed Care Insurance (Please Initial Response)

CONTRACTED MANAGED CARE PLANS (HMO, PPO, POS, EPO)

Each time you make an appointment with Edinburg Children’s Clinic, it is your responsibility to make sure he/she is currently under contract with your managed care plan. Verification of your coverage and benefits may be required. Often this verification requires us to share the reason for your visit with your managed care plan.

Please plan to show your current card at each visit.

If you are referred to a specialist or decide you need a specialist, you may be required by your managed care plan to call Edinburg Children’s Clinic in order to obtain an insurance referral. It is your responsibility to keep track of the expiration dates and for giving your doctor’s office a minimum of 48-hours notice before being seen by a specialist. Retro referrals may not be allowed on all managed care plans. Therefore, if a referral is not obtained, you may be held responsible for payment in full by the Specialist.

- I have read and understand that I am personally responsible for payment on this account.
- Assignment: I hereby authorize payment directly to Edinburg Children’s Clinic. Any changes in this authorization must be received in writing within 30 days of the effective date.
- In the event my insurance company deems a service to be “non-covered” I understand that I am personally responsible for payment.
- I agree to the release of any and all medical information, including laboratory test results, and financial information necessary to process this and any future claims to my insurer or payer of health benefits, as I may designate that person or entity from time to time, for an indefinite period or until I submit a written revocation of this release. Any changes to this authorization must be received in writing within thirty days of effective date.

Guarantor Signature: _____ Date: _____

Print Name: _____ Guarantor Date of Birth: _____

Relationship to Patient: _____

PATIENT(S) NAME: _____ Date of Birth: _____

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.

The Patient Portal Provides the Following Services:

- Patient May Schedule Own Appointments/Cancel (with Mrs. Hernandez 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.

Once you have signed the PATIENT PORTAL CONSENT AGREEMENT and have provided Edinburg Children’s Clinic with a legitimate email address that is secure, you will be given a system generated unique User Identification.

1. Directly by going to this URL: <https://www.gotomyclinic.com/ecc/>
2. Edinburg Children’s Clinic website: <http://www.edinburgchildrensclinic.com/>

Upon acceptance by our patient portal system, on the email reply, it will contain your unique user id and password along with PDF Patient User’s Guide. While patient portal is user friendly, limited technical support questions can be directed to edinburgclinic@aol.com.

If you have reasons to believe that breach of HIPPA exists with the patient portal and Edinburg Children’s Clinic has not satisfactorily remedied the situation, you may file a complaint to the Texas Medical Board at:

Texas Medical Board
Investigations Department, MC263
P.O. Box 2018
Austin, TX 787682018
For additional information, please visit
<http://www.tmb.state.tx.us> or call
(512) 305-7100

Patient Acknowledgement and Agreement

I acknowledge that I have read and fully understand this consent form. I have been given the risks and benefits of the patient portal and agree that I understand the risks associated with online communications between my physician and patient, and consent to the conditions outlined herein. I acknowledge that using the patient portal is entirely voluntary and will not impact the quality of care I receive from Edinburg Children’s Clinic should I decide against using the patient portal. In addition, I agree to adhere to the policies set forth herein, as well as any other instructions or guidelines that my physician may impose for online communications. I have been proactive about asking questions related to this consent agreement. All of my questions have been answered with clarity.

Parent/Guarantor Signature	Print Name	Date
----------------------------	------------	------

EMAIL ADDRESS: _____

Child: _____ DOB: _____

Child: _____ DOB: _____

Child: _____ DOB: _____

Child: _____ DOB: _____

Child: _____ DOB: _____

Child: _____ DOB: _____