



Pediatric Clinic, P.A.

Gerald A. Stagg, MD, FAAP Joel D. Chapman, MD, FAAP
 J. Colton Bradshaw, MD, FAAP Marc E. Kimball, MD, FAAP
 Michael D. Henry, MD, FAAP Dana L. Rice, MD, FAAP
 Alban Tomaj, MD

PACIENTE	Primero	Entremedio	Ultimo	Apodo (si es asi)	Edad Ahora	Fecha de Nacimiento
	Dirección			Numero de Seguro Social	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Numero De Telefonó
				Raza: Blanco Afroamericano Indio Americano Asiático Nativo de Hawaii/Islas del Pacifico	Etnicidad: Hispano/Latino No-Hispano/Non-Latino Otro (o) No Determinado	
				Idioma Preferido: Ingles Español Otro		
PADRES/GUARDIAN	Nombre de Madre			Fecha de Nacimiento	Numero de Telefonó Casa Trabajaó Celular	
	Dirección (si diferente)		Numero de Seguro Social	Numero de licencia de Conducir	Telefono Alternativo Casa Trabajaó Celular	
	Empleador			Direccion de correo Electrónico		
	Nombre de Padre			Fecha de Nacimiento	Numero de Telefonó Casa Trabajaó Celular	
	Dirección (si diferente)		Numero de Seguro Social	Numero de licencia de Conducir	Telefono Alternativo Casa Trabajaó Celular	
	Empleador			Direccion de correo Electrónico		
	Responsable del Pago (si el padre es menor de 18 años)		Relación	Fecha de Nacimiento	Numero de Telefonó Casa Trabajaó Celular	
	Dirección (si diferente)		Numero de Seguro Social	Numero de licencia de Conducir	Telefono Alternativo Casa Trabajaó Celular	
	Empleador			Direccion de correo Electrónico		
	ASEGURANZA	Asegurancia Princiapl del Paciente		Nombre de Asegurado	Fecha de Nacimiento de Asegurado	Teléfono de Asegurado
Seguro Social del Asegurado		Numero de ID del Asegurado		Numero de Póliza		Relación a Paciente
Asegurancia Secundaria del Paciente		Nombre de Asegurado	Fecha de Nacimiento de Asegurado	Teléfono de Asegurado		
Seguro Social del Asegurado		Numero de ID del Asegurado		Numero de Póliza		Relación a Paciente
CONTACTOS DE EMERGENCIA	Nombre	Telefono		Nombre	Fecha de Nacimiento	
	Nombre	Telefono		Nombre	Fecha de Nacimiento	
	Nombre	Telefono		Nombre	Fecha de Nacimiento	
	Nombre	Telefono		Nombre	Fecha de Nacimiento	
			Hermanas/os			

Firma de Persona Responsable

Fecha

Firma de Actualización

Fecha

Firma de Actualización

Fecha

Firma de Actualización

Fecha

2001 N. Jefferson Medical Office Building, Suite 300

Mt. Pleasant, Texas 75455 903-572-9823 FAX 903-572-4812



Pediatric Clinic, P.A.

Reconocimiento de Revisa de Noticia de Practicas Privadas

Yo he revisado la Noticia de Practicas Privadas de su oficina que me explica como podrá ser usada y divulgada mi información medica. Yo entiendo mis derechos a recibir una copia de este documento.

Nombre de Paciente

Nombre del Padre o Guardian

Firma de Paciente, Padre, o Guardian

Relacion a Paciente

Fecha



CONSENTIMIENTO DEL PADRE PARA TRATAMIENTO

En acuerdo con la ley de Texas, la Clínica Pediátrica no proveerá la preocupación de salud a los menores a menos que un padre o madre le acompaña, un padre o madre provee un consentimiento escrito, o hay un curso que la clínica puede estar en contacto con el padre.

En Texas, un paciente está considerado un “menor” si él/ella está menor que la edad de 18, nunca está casado, o no ha sido declarado un menor legalmente emancipado.

Yo autorizo las personas siguientes piden la tratamiento para el hijo (a) siguiente en mi ausencia.

Paciente/Hijo (a)

Paciente/Fecha de nacimiento del Hijo

Nombre/Relación

Número de Teléfono

Nombre/Relación

Número de Teléfono

Nombre/Relación

Número de Teléfono

Nombre/Relación

Número de Teléfono

Padre/Guardián Legal

Fecha



LA AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Paciente/Nombre del Hijo (a) _____ Fecha de Nacimiento _____
Por favor escribe su inicial todas cajas aplicables. Si una categoría no aplica a usted, por favor escribe "N/A".

Iniciales

ASIGNACIÓN MEDICAID DE BENEFICIOS

Yo certifico que la información yo doy en aplicando por el pago de los beneficios de Medicaid está correcta. Yo asigno los beneficios de Medicaid pagable para La Clínica Pediátrica, P.A. servicios a la Clínica Pediátrica, P.A.

RESPONSABILIDAD FINANCIAL

Yo honraré la póliza del pago de la Clínica Pediátrica por pago completo al tiempo los servicios están dando, a menos que los arreglos anteriores se ha sido hecho. Yo comprendo que la aseguransa no es un garantía del pago, y yo pongo de acuerdo que estoy responsable últimamente por el pago de servicios se dieron a la Clínica Pediátrica, P. A. Estoy responsable para los co-pagos de aseguransa de salud, deductibles y otras balanzas que no están cubiertas o pagable por mi compañía aseguransa. Comprendo que es possible, se me cargó en cuenta por los servicios exteriores como (laboratorio, rayos x, etc.); y puedo recibir los pagos de otros facilidades. Yo estoy en acuerdo pagar todos gastos relacionada a colección , sí por la agencia colección o por un abogado.

RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURANZA

Yo certifico y transformo a la Clínica Pediátrica, P. A., todos los beneficios cubriendo la Clínica Pediátrica P. A. servicios para el pago del servicio dado. Yo entiendo que es mi responsabilidad en poveer una copia corriente de mi tarjeta de aseguransa y aceptar todas requeriansas recertificadas.

AUTORIZACIÓN PARA EL CUIDADO

Yo concedero permiso a la Clínica Pediátrica P. A. para administrar tan cuidado como ese de mi medico quien puede juzgar nesecario en mi diagnosis y tratamiento. Yo comprendo que tan cuidado puede incluir tratamiento medico y trasmitar procesos de cirugía menores.

AUTORIZACIÓN PARA SOLTAR INFORMACIÓN

Yo por este acto, autorizo que la Clínica Pediátrica, P.A. suelte informacion necesaria por los siquientes razones: a otros medicos para continuar evidado profesional; a cualquier compania de aseguransa o a sus representantes; o de otra manera conceder por ley. Yo suelto a la Clínica Pediátrica P. A. de cualquier obligación para el suelto de está información y yo comprendo que en soltar específicamente incluye cualquier y todos exámenes de sangre y los que son relacionados incluyendo HIV, HIB y otras enfermedades. Esta autorización no cambiará y es limitada tiempo.

AUTORIZACION PARA EL VSO DE CORREO ELECTRONICO SEGURO

Reconozco que me contactaran a traves del portal seguro para pacientes de la Clinica Pediatrica, P.A. si he dado mi direccion de correo electronico.



Pediatric Clinic, P.A.

Gerald A. Stagg, MD, FAAP
Joel D. Chapman, MD, FAAP
J. Colton Bradshaw, MD, FAAP
Marc E. Kimball, MD, FAAP
Michael D. Henry, MD, FAAP
Dana L. Rice, MD, FAAP
Alban Tomaj, MD

ENFERMERA PEDIÁTRIA PROFESIONAL CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Este local tiene en personal una Enfermera Pediátrica Profesional para asistir en el cuidado medico.

La Enfermera Pediátrica Profesional no es un medico. Una Enfermera Pediátrica Profesional es una enfermera titulada que a recibido educación avanzada y entrenamiento en provision de cuidado medico pediátrico. Una Enfermera Pediátrica Profesional puede diagnosticar, tratar, y monitrear enfermedad de Infancia agudas común y crónicas. Puede suministrar cuidado medico. También, la Enfermera Pediátrica Profesional puede tratar laceracions leves o otras heridas leves.

E leído el texto de arriba y doy consentimiento a la Enfermera Pediátrica Profesional para que le brinda servicio medico a mi hijo/a.

Yo comprendo que en cualquier momento yo puedo negar ver a la Enfermera Pediátrica Profesional y pudo pedir ver un medico.

Nombre de niño/a (Letra de molde por favor)
(a)

Fecha de nacimiento del niño

Nombre de Padre/Guardian

Fecha



Polica De Vacunas

- Creemos firmamente en las vacunas para prevenir enfermedades graves y para salvar vidas.
- Creemos firmamente en la seguridad en nuestras vacunas.
- Creemos firmamente que todos los niños y jóvenes deben recibir todas las vacunas recomendadas según el horario público del centro para el control y prevención de la Academia Americana de Pediatría.
- Creemos firmemente y nos basamos en toda la literatura disponible, la evidencia, y estudios actuales, que las vacunas no causan autismo o otras discapacidades. Creemos firmemente que el sarampión, un coservante que ha estado en las vacunas durante décadas y sigue estando en algunas vacunas no causa autismo o otras discapacidades de desarrollo.
- Creemos firmemente que al vacunar a niños y jóvenes puede ser la intervención más importante de salud que promueven que realizamos como proveedores de atención de salud, y que se pueden realizar como padres o guardianes. Las vacunas recomendadas al horario determinado son el resultado de años y años de estudio científico y recopilación de datos en millones de niños por miles de nuestros brillantes científicos y médicos.

Estas cosas se dicen reconocemos que siempre ha sido y probablemente siempre habrá controversia sobre vacunaciones. De hecho, **Benjamin Franklin** persuadido por su hermano se oponía a la vacuna viruela hasta que los datos científicos lo convencieron de lo contrario. Trágicamente se había retrasado inoculando a su hijo **Franky** que se contactó con la viruela y murió a la edad de 4 años. Dejando a Ben con una culpa de vida y remordimiento. Citando SR. Franklin Autobiografía:

“ En 1736, yo perdí uno de mis hijos un niño, saludable de cuatro años al la viruela. Anhelé y me arrepentí amargamente y todavía lamento no haberle dado a él por inoculación. Esto he mencionado por el bien de los padres que se omita esa operación, nunca se perdonaría si un niño moriría bajo de ella mi ejemplo mostrado que el pesar puede ser el mismo de cualquier manera y que por lo tanto la seguridad debe ser elegida.

La campaña de vacunación es realmente una víctima de su propio éxito. Es precisamente por que las vacunas son tan efectivas en la prevención de enfermedades que estamos aun discutiendo si o no se les debe dar. Gracias a las vacunas muchos de ustedes nunca han visto a un niño con poliomielitis (polio) el tétanos (tétanos) o la tos ferina, ni la meningitis bacteriana o incluso la varicela o conocido un amigo o familiar cual un hijo a muerto de una de estas enfermedades. Tal éxito puede hacernos complacientes o incluso perezosos sobre vacunación. Pero tal actitud si se convierte en creencia solo puede conducir a resultados trágicos.

Después de publicaciones de una acusación infundada (después retirada) que la vacuna (MMR) de sarampión causó autismo en 1998, mucha gente en Europa eligió no tomar la vacuna a sus hijos. Como resultado de sus actos bajo la inmunización había una gran erupción

de sarampión con varias muertes por complicaciones de la enfermedad. En 2010 había más de 3,000 casos de la tos ferina en California con nueve muertes de niños menos de seis meses de edad. De nuevo, muchos de aquellos que no contactaron la enfermedad (y luego lo pasan a los bebés que eran demasiado jóvenes para haber sido totalmente vacunados.) habían tomado una decisión consciente de no vacunarse. Además, por no vacunar a sus niños están tomando una decisión egoísta en contra de la ventaja de miles de personas que hacen vacunar a sus hijos, lo que disminuye la probabilidad de que sus hijos se contacten con estas enfermedades.

Estamos avisando de estos hechos no para asustarle o coaccionar, pero para enfatizar en la importancia de la vacunación a sus hijos. Reconocemos que la elección puede ser muy emocional para los padres. Haremos todo lo posible para convencerlo de que la vacunación de acuerdo en el programa es lo que hay que hacer. Sin embargo si a caso de tener duda, por favor de discutir con su médico de salud antes de su visita médica. En muchos casos podemos alterar el horario para dar cabida a las preocupaciones o reservas de los padres. Por favor tenga en cuenta sin embargo que dilatar o romper las vacunas para dar una o dos a la vez o más visitas va en contra de recomendaciones de los expertos y pone a su hijo en riesgo de enfermedades graves (o hasta la muerte) y en contra de nuestros consejos médicos como proveedor en **The Pediatric Clinic P.A.** Estas visitas adicionales se requieren copagos adicionales de su parte. Por favor darse cuenta que es requisito “firmar una denegación” de reconocimiento vacunar en caso de largas demoras. Todos los pacientes en la práctica son obligatorios un mínimo de DTAP (difteria, tétanos, tos ferina) Hib (Haemophilus influenzae tipo B) Polio vacunas contra el neumococo a tres meses de edad todas las vacunas recomendadas por **AAP (American Academy of Pediatrics)** para la edad de dos años y la vacuna meningocócica (meningocócica) y dosis de refuerzo (DTAP) y varicela para la edad de doce años.

Finalmente, si usted absolutamente decide rechazar vacunar a su hijo a pesar de todo nuestros esfuerzos, se le pedirá encontrar a otro proveedor médico que comparta sus puntos. Nosotros no proporcionamos una lista de proveedores, o recomendamos cualquier médico. Por favor de reconocer que por no vacunar está poniendo a su hijo en riesgo de enfermedad y discapacidad en peligro e incluso muerte.

Como médicos profesionales creemos firmemente que vacunando a niños en la fecha prevista con las vacunas actualmente al es absolutamente lo más correcto para niños y jóvenes. Gracias por su tiempo en leer la política y por favor siéntase libre de preguntar preguntas o preocupaciones que puede tener sobre vacunaciones.

Firma

Fecha