



1915 E. Mayfield Rd, Suite 115
Arlington, TX 76014
 Phone (682) 276-6700

1900 Ballpark Way, Suite 106
Arlington, TX 76006
 Phone (817) 704-7339

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Social: _____ - _____ - _____ Sexo: M F

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Celular: _____

Raza: Caucasian Afro Americano Asiático Indio Americano Hispano Islas del Pacífico Otros

Etnia: Hispano o Latino No Hispano o Latino Niegar

Idioma: Inglés Español Francés Otro Niegar

PERSONA RESPONSABLE:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Social: _____ - _____ - _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Celular: _____

Nombre del Trabajo: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Correo electrónico del padre o tutor: _____

INFORMACION DE LA ASEGURANZA

Nombre de la Aseguradora: _____

Numero de Póliza: _____ Numero de Grupo: _____

Persona Asegurada Madre Padre Otro Nombre: _____

Seguro Social: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

Relación de Paciente: _____ Teléfono de la Aseguradora: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Teléfono de Celular: _____

Nombre del Trabajo: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

MEDICAID/CHIP INFORMATION

Plan de Aseguradora: Tradicional/Regular Medicaid Amerigroup
 Cook Children's Aetna
 Parkland Other _____

Numero de Medicaid/Chip: _____

Fecha: _____

IMPORTANTE: Por Favor completar las dos secciones, si tiene más de un seguro medico



Políticas Generales de la Oficina/Consentimientos/Información

Bienvenidos a **RAINBOW CHILDREN'S CLINIC, P. A.** donde el cuidado de los niños es lo mejor! Muchas gracias por escoger nosotros como tu Proveedor de Cuidado Primario (PCP). Nuestro personal está comprometido a proveerles el mejor cuidado médico en un ambiente que es profesional, afectuoso y agradable para los niños. Lo siguiente son nuestras políticas del consultorio. Para servirles mejor, por favor tome el tiempo de leer y entenderlas. Si tiene algunas preguntas, favor de consultar con nuestro personal.

CITAS: Por cortesía a nuestros pacientes, también les hablaremos para recordarles de su cita. Sin embargo, es su responsabilidad de acudir a cada cita. Debe hablar con 24 horas de anticipación para cancelar su cita, de esta manera otro paciente puede hacer atendido. Algunas compañías de seguro requieren que les informe cada vez que NO acude a su cita. Cualquier paciente que llegue tarde su cita tal vez tendrá que programar su cita para otro día o tal vez tendrá que esperar para hacer atendido un a su debido tiempo que será determinado por nuestro personal médico.

PAGOS DEL PACIENTE DEBIDO AL MOMENTO DE SERVICIO

Copagos y deducibles
Servicios y compras echas al momento del servicio

SERVICIOS PROFESIONALES RENDIDOS

Si su niño/a es visto por una consulta de chequeo preventivo y otra condición es atendida al mismo tiempo, el Proveedor Médico cobraría por cada servicio realizado.

EXPEDIENTES: Cuando solicite expedientes médicos o otra información que se le dé a usted debe ser listado como una persona responsable y presentar una tarjeta de identificación valida. Hay una tarifa para registros médicos y registros de vacunación. Sin embargo, los registros pueden ser enviados directamente a un centro solicitante de forma gratuita, siempre y cuando haya completado y firmado un formulario de liberación de registros. Por favor llene el formulario "Autorización para liberar información de salud" en caso de que su proveedor desee obtener sus registros o compartirlos con otra institución.

CONDUCTA: Por favor, vigile a sus hijos asegurándose de que estén seguros siempre. Por favor asegúrese de que no destruyan propiedad de la clínica y jueguen con nuestros instrumentos y suministros médicos. Evite el uso de lenguaje desagradable o amenazante y la exhibición de conductas inapropiadas. Evite usar su celular en el cuarto de examinación durante la consulta.

RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

LA CLINICA SE RESERVA EL DERECHO DE TERMINAR LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN CUALQUIER MOMENTO.

HIPPA: Su firma abajo reconoce que ha leído la Notificación de Practicas de Privacidad para Rainbow Children's Clinic que fue dada a usted o publicada en la sala de espera.

DECLARACIÓN DE AGRADECIMIENTO DEL CLIENTE: Estoy de acuerdo en pagar por todos y cada uno de los servicios médicos que recibo de esta práctica que mi compañía de seguros se niegue a pagar, por cualquier razón. Esta oficina presentará un reclamo en mi nombre; sin embargo, si mi compañía de seguros se niega a pagar, por cualquier motivo (por ejemplo, servicios no cubiertos que incluye vacunas, cuestionarios de desarrollo, exámenes de visión y audición, prueba de estreptococos, prueba de gripe e inmersiones en orina o seguro no pagaré por las visitas de medicina preventiva), pagaré al instante con un aviso escrito/verbal de su rechazo. Además, estoy de acuerdo y entiendo que esta oficina puede solo cobrar y presentar un reclamo por la visita de mi hijo con un diagnóstico que se encontró y se documentó en el registro médico. E leído y autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar cualquier reclamo, ya sea para mí o para cualquier parte que solicite esta información.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: He leído y comprendido todos los formularios del nuevo paquete de pacientes y he dado permiso para que el paciente reciba servicios en la Clínica Rainbow Children's y sea tratado por sus proveedores y personal médico.

CARGOS MISCELANEOS:

REGISTROS MEDICOS \$25.00 (por las primeras 20 páginas), \$0.50 por cada pagina después de 20 paginas CD- \$25.00	REGISTRO DE VACUNAS: \$5.00 – copia de vacunas **usted puede imprimir registro de vacunas gratuito por el portal del paciente \$10.00 – tarjeta de vacunas	CARTAS/FORMAS: Formas FMLA - \$30.00 Cartas para Inmigración - \$10.00 Cartas para el IRS - \$10.00 Cartas para Six Flags - \$10.00
--	---	--

Nombre de paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Firma de padre/Madre/tutor legal

Fecha



Nurse Practitioner/Physician Assistant Acknowledgement Form

Rainbow Children's Clinic employs NURSE PRACTITIONERS (NP) and PHYSICIAN ASSISTANTS (PA). They are licensed and nationally certified healthcare providers who have received advanced education and training in their specific fields. They provide a variety of services such as, but not limited to: evaluate, diagnose, and treat conditions, order and interpret diagnostic tests, write prescriptions and provide comprehensive patient education, in collaboration with physicians and other healthcare providers.

I have read the above, and hereby acknowledge that I may be seen by the NP or PA. I understand that I may request to see a specific provider, when available.

Patient Name

Date of Birth

Parent/Guardian Name

Parent/Guardian Signature

Date

Enfermera Practicante/Asistente Medico Formulario de Reconocimiento

Rainbow Children's Clinic emplea ENFERMERAS PRACTICANTES (NP) y ASISTENTES MEDICOS (PA). Son proveedores de atención medica con licencia y certificados a nivel nacional que han recibido educación avanzada y capacitación en sus campos específicos. Proporcionan una variedad de servicios tales como, entre otros: evaluar, diagnosticar y tratar condiciones, solicitar e interpretar pruebas de diagnóstico, escribir recetas y brindar una educación integral del paciente, en colaboración con médicos y otros proveedores de atención médica.

He leído lo anterior, y reconozco que la NP o la PA pueden verme. Entiendo que puedo solicitar ver a un proveedor específico, cuando esté disponible.

Nombre de paciente

Fecha de nacimiento

Nombre del Padre/Tutor

Firma del Padre/Tutor

Fecha

RAINBOW



Dr. Ruth Bernardez-Tan

HISTORIAL MÉDICO

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Historia de nacimiento: Peso al nacer: _____ Medida al nacer: _____

Semanas de edad gestacional: _____ Lugar de Nacimiento: _____

Complicaciones del embarazo: _____

Parto: Vaginal _____ Cesárea _____ Complicaciones _____

Historia de desarrollo: _____ normal
_____ retrasado

Internados previos: _____

Operaciones previas: _____

Alergias: _____

Medicamentos que está tomando actualmente: _____

Historial familiar: _____

Previos Doctor/Clinica: _____

INFORMACION DE LA FARMACIA:

Nombre de farmacia: _____

Número de teléfono: _____

Dirección o cruce de calles: _____

¿Tiene, o ha tenido, su hijo una de las siguientes enfermedades o trastornos?

Table with 4 columns: Sí, No, Sí, No. Rows list various medical conditions like Anemia, Asma, Diabetes, etc.

En mi conocimiento, he contestado con exactitud las preguntas en este formulario. Entiendo que proveer información incorrecta puede ser un peligro para la salud de mi hijo/a. También, es mi responsabilidad informar esta clínica de cualquier cambio del estado medico de mi hijo/a.

Firma de padre/madre/tutor legal

Fecha



Mayfield
1915 E. Mayfield Rd., Ste. 115
Arlington, TX 76014
682-276-6700

Ballpark
1900 Ballpark Way, Ste. 106
Arlington, TX 76006
817-704-7339

DESIGNACION DE LOS PADRES PARA CONSENTIR EN LA ATENCION MEDICA

Información de otro Contacto: Las personas a las que autoriza para el personal de la clínica: **1) Contactar en caso de emergencia. 2) Recibir y divulgar sobre la atención medica de su hijo(a). 3) Traiga a su hijo(a) a la cita con los médicos y consienta para recibir tratamiento médico.**

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

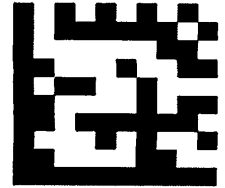
Nombre de paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de tutores: _____

Firma: _____ Fecha: _____



REGISTRO DE INMUNIZACIÓN (ImmTrac2) FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA MENORES



(Favor de escribir claramente con letra de molde)

Grid for last name

Apellido del Niño(a)

Grid for first name

Nombre del Niño(a)

Grid for birth date

Fecha de Nacimiento del Niño(a)

*Solamente niños menores de 18 años.

Género: [] Masculino [] Femenino

Grid for address

Dirección del Niño(a), Calle

Grid for city

Ciudad

Grid for mother's name

Nombre de la Madre

Grid for second name

Segundo Nombre del Niño(a)

Grid for apartment #

Apartamento #

Grid for phone number

Teléfono

Grid for state and county

Estado Código Postal Condado

Grid for mother's last name

Apellido de Soltera de la Madre

ImmTrac2, 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 ("ImmTrac2"). Una vez que la información del menor esté en ImmTrac2, 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 ImmTrac2 y mi consentimiento para dar a conocer la información del registro en cualquier momento mediante comunicación escrita a Texas Department of State Health Services, ImmTrac2 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.texas.gov 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 ImmTrac2 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 • ImmTrac2 Group – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac2: Please enter client information in ImmTrac2 and affirm that consent has been granted. DO NOT fax to ImmTrac2. Retain this form in your client's record.



Programa de Vacunas para los Niños de Texas
Registro de la determinación de elegibilidad del paciente

En el consultorio del proveedor de servicios de salud debe mantenerse, durante un mínimo de cinco (5) años, un registro de todos los niños de 18 años de edad o menores que reciban inmunizaciones por medio del Programa de Vacunas para los Niños de Texas (TVFC).

- 1. Nombre del menor:
2. Fecha de nacimiento del menor: mm/dd/aaaa
3. Padre, tutor o individuo del registro:
4. Nombre del proveedor primario:
5. Para determinar si un menor (de 0 a 18 años de edad) es elegible para recibir vacunas federales por medio del Programa TVFC, en cada cita o visita para inmunización anote la fecha y marque la categoría de elegibilidad apropiada.

Table with columns: Fecha, Elegible para las vacunas VFC (A: Inscrito en Medicaid, B: No tiene seguro médico, C: Indoamericano o nativo de Alaska, D: * Con seguro insuficiente, recibe atención de un FQHC, una RHC, o un proveedor delegado), Elegible con programa estatal (E: ** Otras situaciones de seguro insuficiente, F: *** Inscrito en el CHIP), No elegible (G: Tiene seguro médico que cubre vacunas)

* El seguro insuficiente incluye a los niños cuyo seguro médico no incluye vacunas o solo cubre ciertos tipos específicos de vacunas. Los niños solo son elegibles para recibir vacunas que no están cubiertas por el seguro.

** Otros niños con seguro insuficiente son aquellos que, aunque están insuficientemente asegurados, no son elegibles para recibir las vacunas federales por medio del Programa TVFC porque el proveedor o centro no es un FQHC, o una RHC, o un proveedor delegado.

*** Niños inscritos en el programa estatal separado CHIP (Children's Health Insurance Program). Estos niños se consideran asegurados y no son elegibles para recibir vacunas mediante el Programa VFC. Cada estado proporciona orientación específica sobre cómo se adquieren y administran las vacunas del CHIP a través de los proveedores participantes.

Programa de Vacunas para los Niños de Texas

Registro de la determinación de elegibilidad del paciente

(Continuación)

Fecha	Elegible para las vacunas VFC				Elegible con programa estatal		No elegible
	A	B	C	D	E	F	G
	Inscrito en Medicaid	No tiene seguro médico	Indoamericano o nativo de Alaska	* Con seguro insuficiente, recibe atención de un FQHC, una RHC, o un proveedor delegado	** Otras situaciones de seguro insuficiente	*** Inscrito en el CHIP	Tiene seguro médico que cubre vacunas

<p>Medicaid:</p> <p>Número de Medicaid: _____</p> <p>Fecha de elegibilidad: _____</p>	<p>CHIP:</p> <p>Número de CHIP: _____</p> <p>Número de grupo: _____</p> <p>Fecha de elegibilidad: _____</p>
--	--

<p>Seguro privado:</p> <p>Nombre de la aseguradora: _____</p> <p>Nombre del seguro: _____</p>	<p>Número de contacto de la aseguradora: _____</p> <p>Número de póliza o del asegurado: _____</p>
--	---



Authorization to Release Health Information

Patient Information:

Name of Patient _____ Date of Birth _____

Address _____

City, State, Zip _____ Phone _____

<p><u>Name of Releasing Facility: (Previous Doctor)</u></p> <p>Name: _____</p> <p>Address: _____</p> <p>City, State, Zip: _____</p> <p>Phone: _____</p> <p>Fax: _____</p>	<p><u>Send Records to: (New Doctor)</u></p> <p>Name: Rainbow Children's Clinic</p> <p>Address: 1915 E. Mayfield Rd., Ste. 115</p> <p>City, State, Zip: Arlington, TX 76014</p> <p>Phone: 682-276-6700</p> <p>Fax: 682-276-6049</p>
--	--

***** MEDICAL RECORDS THAT EXCEED 25 PAGES MUST BE RECEIVED BY MAIL ONLY.**

PLEASE DO NOT FAX

***** DISC FILES MUST BE IN TIF OR JPEG FORMAT ONLY**

INFORMATION TO BE RELEASED

- IMMUNIZATION RECORD ONLY *** PLEASE FAX SHOT RECORD AS SOON AS POSSIBLE
- MEDICAL RECORDS – Date Range: _____ to _____ ALL RECORDS
- TEST RESULTS: TYPE OF TEST: _____ Date _____ ALL TESTS
- OTHER _____

This authorization will expire when I revoke this authorization in writing.

<p>Patient Rights:</p> <ul style="list-style-type: none"> • I may refuse to sign this authorization and I have the right to revoke this authorization in writing at any time. • Revocation is not effective in cases where the information has already been disclosed but will be effective going forward. • Information used or disclosed as a result of this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and may no longer be protected by federal or state law. • I understand released health record may contain information in reference to Hepatitis B or C testing, HIV testing and or other sensitive information, including mental health and substance abuse. • I understand that if I wish to have copies made, then the facility may assess a fee for copying the records. I will be notified of the total amount due for copying and shipping the requested records. I agree that the facility will only send me the requested information once it has received payment in full for those costs. I may inspect or copy the protected health information to be disclosed as described in this document • The personal health information contained in this fax is highly confidential. It is intended for the exclusive use of the addressee. It is to be used only to aid in providing specific healthcare services to the patient. Any other use is in violation of the Federal Law, Health Insurance Portability Accountability Act (HIPAA) and will be reported as such.
--

Signature of Person Making the Request Date _____

Print Name _____ Relationship to Patient _____