

Dr. Rannulu, M.D & Yun Baek, FNP

HIPAA---- Ley de Responsabilidad, y Portabilidad de Seguros Medicos

La primera ley federal de la privacidad estandar, para los archivos medicos de los pacientes y otras informaciones medicas, doctores, hospitales, y otros proveedores tomo efecto April 14, 2003.

Desarrollado por el departamento de la salud y servicios humanos, estos nuevos estandares propocionan a los pacientes tener acceso al archive medico y tener mas control de como su informacion de salud es usado y manejado. Las leyes estatales proveen mas proteccion a los consumidores que no estan cubiertos por esta nueva ley.

La reglad de la privacidad require plan de salud, farmacias, doctores, y otras edentidades cubiertas para establecer politicas, proceimientos para proteger la confidencialidad de la informacion de salud de los pacientes. Estos requisitos son flexibles para permitir que diferentes grupos cubiertos los implementen segun corresponda para su pratica commercial. Los grupos cubiertos deben proporcionar todas las protecciones a los, pacientes anteriores, como proporcionar una notificacion de sus practicas de privacidad, limitar el uso y la divulgacion de la informacion segun lo requiera la norma. Ademias , los grupos protegidos deben de tomar pasos adicionales para proteger su privacidad.

LAS REGLAS DE HIPAA DE NUESTRA OFICINA ESTAN EXPLICADAS AQUI ABAJO

>Archivos Medicos, archivos de vacunas o otra informacion que tenga que ver con usted o su nino no sera enviada por fax ni correo electronico.

>La forma de entrega de archivos medicos debe ser llanada y firmada antes de poderla transferir

>Autorizacion de atencion medica debe ser firmada por el padre o guardian del paciente para que pueda ser acompañado por otra persona

>Ninguna informacion sobre el paciente o su nino sera discutida fuera de la oficina en ninguna circunstancia.

HE LEIDO Y ENTENDIDO LAS LEYES Y REGULACIONES DE HIPAA. TODAS Y CADA UNA DE LAS PREGUNTAS. HAN SIDO RESPONDIDAS.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente/padre o guardian: _____

Fecha: ____/____/____

Dr. Rannulu, M.D. & Yun Baek, FNP

Políticas de la Oficina

Bienvenido a Duncanville Children's Pediatric Care en la oficina del Doctor Sudath Rannulu. ¡Estamos muy contentos de darle la bienvenida a nuestra familia! A continuación se muestran algunas de nuestras políticas y procedimientos. No dude en hacernos saber si tiene alguna inquietud.

No presentation/Llegadas tardes:

En nuestra práctica, nos esforzamos por atender adecuadamente a nuestros pacientes dentro de un marco de tiempo razonable. Para que eso suceda, debemos contar con la colaboración de nuestros pacientes / padres. esta cooperación incluye dar aviso de 24 horas a nuestra oficina para la cancelación / reprogramación de citas. Si no se da aviso con 24 horas de anticipación, se considerará como no presentarse. Habrá un cargo de \$25 dólares por cada no presentación después de la tercera no presentación. Además, 15 minutos después de la cita los paciente, se considerarán atrasados. Si llega tarde, un paciente será reprogramado para otro día.

Contactos de Emergencias:

Para la seguridad y privacidad de usted y su hijo, cualquier persona que pueda llevar al niño a una visita deberá estar incluida en los contactos de emergencia del niño. Para que una persona se agregue a la lista de contactos de emergencia, un padre biológico/guardián legal debe ingresar a la oficina en persona para agregarlos.

Formas:

Los formularios de FMLA tendrán un cargo de \$ 25 dólares. También puede haber un cargo para otras formas. Necesitamos 48 horas para completar los formularios. Los formularios no se pueden enviar por fax a un padre, se esperará que el padre recoja el formulario una vez ya completo.

Registros Medicos:

Los registros médicos están disponibles para los padres por una tarifa de \$25 dólares. Necesitamos 2 semanas para preparar los registros médicos para su recogida. Si decide cambiar de médico, puede completar un formulario de divulgación médica en el consultorio del nuevo médico y le enviaremos los registros médicos sin cargo.

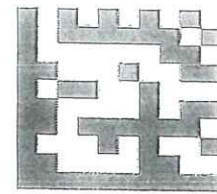
Al firmar a continuación, usted verifica que entiende y acepta cumplir con nuestra política y procedimientos. Una vez más, nos complace que haya elegido nuestra práctica para cuidar a su hijo. Por favor, háganos saber si podemos ayudar de alguna manera!

Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente/Guardian: _____

Fecha: ____/____/____

REGISTRO DE INMUNIZACIÓN (ImmTrac2) FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA MENORES



(Favor de escribir claramente con letra de molde)

[illegible]

Apellido del Niño(a)

[illegible]

Nombre del Niño(a)

		/			/			.		
--	--	---	--	--	---	--	--	---	--	--

*Solamente niños menores de 18 años.

Género: ☐ Masculino ☐ Femenino

Fecha de Nacimiento del Niño(a)

[illegible]

Dirección del Niño(a), Calle

[illegible]

Ciudad

[illegible][illegible][illegible]

Segundo Nombre del Niño(a)

e 18 años. Género: ☐ Masculino ☐ Femenino

[illegible]

Apartamento # _____ Teléfono _____

[illegible]

Estado Código Postal Condado

[illegible][illegible]

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 ImmTrac2. 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, 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.texas.gov> 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) 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

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.

Formulacion de Liberacion de Registros Medicos

Autorizaion del paciente

Al firmar este formulario, le autorizo a divulgar información de salud confidencial sobre el paciente a continuación, publicando una copia de los registros médicos o resumen o narración de la información de salud protegida a la persona o identidad listada a continuación. POR FAVOR DE LLENAR TODO LA INFORMACION.

SOLICITO QUE LOS EXPEDIENTES MÉDICOS PARA:

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Nombre anterior del Medico:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Numero de teléfono: _____ Fax: _____

Descripción especifica de los siguientes:

☐ Todos los archivos médicos ☐ Archivos de vacunas solamente

☐ Rayos X /Laboratorios

Faxed/Mailed to: Sudath Rannulu, M.D.

Duncanville Pediatric

777 E Wheatland suite 108

P: 972-296-9930 F: 972-709-1340

Firma de paciente, guardián legal: _____ Date:

Escribir nombre: _____

FORMULATO DE NUEVOS PACIENTES

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirreccion: _____

Codigo Postal: _____ Estado: _____

Numero de Telefono: _____

CONTATOS DE EMERGENCIA

Nombre: _____

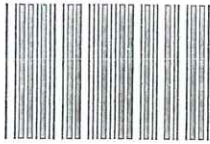
Numero de telefono: _____

Relacion al paciente: _____

Nombre: _____

Numero de telefono: _____

Relacion al paciente: _____



CHILDREN'S HEALTH
1935 Medical District Drive • Dallas, Texas 75235

AUTH
CMC77448-001NS Rev. 4/2017

**Formulario de Solicitud
de MyChart
MyChart Request Form**

Agradecemos su interés en MyChart de Children's Health. Children's se complace en ofrecerle esta herramienta que les proporciona a los padres y representantes legales el poder acceder a la información presonalizada sobre el seguro de salud y médico de su niño por medio de una conexión de internet segura.

Para inscribirse para obtener acceso a la información de su hijo, complete el formulario de solicitud y devuélvalo a:

Children's Health
Health Information Management Department
1935 Medical District Drive
Dallas, Texas 75235
Fax 214-456-6170

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Padre / representante legal: _____

Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento del tutor: _____

Certifico que soy el representante legal de: _____

Firma del paciente / padre / parte responsable

Fecha

Hora

Nombre en letra de molde

Parentesco con el paciente