

**Sudath Rannulu, M.D.**

777 E. Wheatland Rd Suite 108 Duncanville, Tx 75116

Phone: (972) 296-9930

Fax: (972)709-1340

**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 Presentación/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 considera como no presente. Habrá un cargo de \$25.00 dólares por cada no presentación después de la tercera no presentación. Además 15 minutos después de la cita los pacientes, se consideran 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 FML tendrán un cargo de \$25.00 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 Médicos:

Los registros médicos están disponibles para los padres por una tarifa de \$25.00 dólares. Necesitamos 2 semanas para preparar los registros médicos para su recogida. Si decide cambiar de médico, puede completar un formulario de divulgación medica en el consultorio de 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 practica para cuidar a su hijo. ¡Por favor, háganos saber si podemos ayudar de alguna manera!

Firma del Paciente/Guardian: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Duncanville Children's Pediatric Care**

777 E. Wheatland Rd Suite 108

Duncanville, Texas 75116

Phone: 972-296-9930

Fax: 972-709-1340

**HIPAA----Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos**

La primera ley federal de la privacidad estándar, para los archivos médicos de los pacientes y otras informaciones médicas, doctores, hospitales, y otros proveedores tomo efecto abril 14, 2003.

Desarrollado por el departamento de la salud y servicios humanos, estos nuevos estándares proporcionan a los pacientes tener acceso al archive médico y tener más control de como su información de salud usado y manejado. Las leyes estatales proveen más protección a los consumidores que no están cubiertos por esta nueva ley.

La regla de la privacidad requiere plan de salud, farmacias, doctores, y otras identidades cubiertas para establecer políticas, procedimientos para proteger la confidencialidad de la información de salud de los pacientes. Estos requisitos son flexibles para permitir que diferentes grupos cubiertos los implementen según corresponda para su práctica comercial. Los grupos cubiertos deben proporcionar todas las protecciones a los, pacientes anteriores, como proporcionar una notificación de sus prácticas de privacidad, limitar el uso y la divulgación de la información según lo requiera la norma. Además, los grupos protegidos deben de tomar pasos adicionales para proteger su privacidad.

Las Reglas De HIPAA De Nuestra Oficina Están Explicadas Aquí Abajo

-Archivos médicos, archivos de vacunas o otra información que tenga que ver con usted o su niño no será enviada por fax ni correo electrónico.

-La forma de entrega de archivos médicos debe ser llanada y firmada antes de poderla transferir.

-Autorización de atención medica debe ser firmada por el padre o guardián del para que pueda ser acompañado por otra persona

-Ninguna información sobre el paciente o su niño será 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: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma del padre o guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Formulato de Contactos

## Duncanville Children's Pediatric

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

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

Numero de telefono: \_\_\_\_\_

### Contactos de Emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion al Paciente: \_\_\_\_\_

Numero de telefono: \_\_\_\_\_ Guardian legal: \_\_\_\_\_

Acceso a MyChart

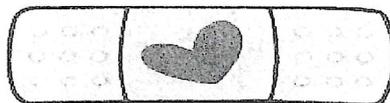
Correo Electronico: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion al Paciente: \_\_\_\_\_

Numero de telefono: \_\_\_\_\_ Guardian legal: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion al Paciente: \_\_\_\_\_

Numero de telefono: \_\_\_\_\_ Guardian legal: \_\_\_\_\_



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 específica 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:

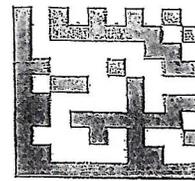
\_\_\_\_\_  
Escribir nombre: \_\_\_\_\_



**TEXAS**  
Health and Human  
Services

Texas Department of State  
Health Services

**REGISTRO DE INMUNIZACIÓN (ImmTrac2)**  
**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO**  
**PARA MENORES**



(Favor de escribir claramente con letra de molde)

\_\_\_\_\_

Apellido del Niño(a)

\_\_\_\_\_

Nombre del Niño(a)

\_\_\_\_\_

Segundo Nombre del Niño(a)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\*Solamente niños menores de 18 años.

Género:  Masculino  Femenino

Fecha de Nacimiento del Niño(a)

\_\_\_\_\_

Dirección del Niño(a), Calle

\_\_\_\_\_

Apartamento #

\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Teléfono

\_\_\_\_\_

Ciudad

\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Estado Código Postal Condado

\_\_\_\_\_

Nombre de la Madre

\_\_\_\_\_

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 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

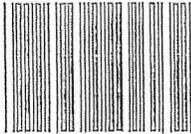
Fecha \_\_\_\_\_

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](http://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.



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 personalizada 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