

Section I	Patient Informacion	Date: _____
Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento: _____		
Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ CodigoPostal: _____		
Telefono de Hogar(____) _____ Celular: _____		
Nombre de la Madre: _____ Fecha de Nacimiento: _____		
Empleador: _____ Telefono de Trabajo: _____		
Nombre del Padre: _____ Fecha de Nacimiento: _____		
En caso de Emergencia: _____ Relacion: _____ Telefono: _____		

Section II	CONSENTIMIENTOS PARA EL TRATAMIENTO Y EL USO DE LOS BENEFICIOS
I.Consentimientos Para El Tratamiento	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Yo doy mi consentimiento voluntariamente al Doctor _____, (mi doctor), sus asociados, ayudantes, o otros proveedores de salud para que den el cuidado medico, tratamientos y pruebas de dignosticos que crean que sea necesario para mi nino. 2. Yo entiendo al firmar este document estoy dando la autorizacion a mi Doctor, sus asociados y ayudantes o otros proveedores de salud para el tratamiento de mi hijo hasta que yo revoque el consentimiento. 3. Yo entiendo que mi Doctor, sus asociados no ha hecho garantias, o haya ofrecido promesas o garantias acerca el tratamiento de mi nino, o acerca los resultados o curas del tratamiento. 	
II.El uso De Los Beneficios	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Yo entiendo que soy responsable de pagar todos los montos cobrados por mi Doctor y sus asociados por darme el cuidado a mi nino y cuyo servicios que no son cubiertos por mi seguro medico. Tambien entiendo que soy responsable de pagar deductible (pago que deber hacer para activar el seguro), pago complementario y otro pagos que no cubre el seguro cada vez que recibio el servicio medico. 2. Yo autorizo mi compania de seguro para que pague a la Clinica De Ninos, P.A. directamente los montos que me han cobrado y las cuales cubre el seguro. 	
<p>Este documento me ha sido explicado y tuve la oportunidad de hacer preguntas acerca de el, y me dieron una copia de HIPPA Notice Privacy Practices</p>	
Firma del Padre/Guardia _____ Fecha _____ Relacion: _____	
Firma de Testigo _____ Fecha _____	

Section III	
Con su autorizacion, porfavor proveer el numero de tres (3) personas que pueden acompañar a su hijo o hija en caso de su ausencia a la Clinica De Ninos da autorizacion para tratamiento y dianostico en el nino. Necesitamos una nota siempre que los padres no esten presente.	
1. _____	Relacion: _____
2. _____	Relacion: _____
3. _____	Relacion: _____
Signature/Firma: _____ Fecha _____ :	
Relacion al paciente: _____	

Clinica De Ninos ,P.A.

Historia De Paciente

Fecha de Hoy: _____

Nombre: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Nombre de la Mama: _____

Nombre del Papa: _____

Quien la referio para la clinica?

A. Embarazo y Nacimiento:

1. Tubo alguna enfermedad durante el embarazo? No Si

2. El bebe nacio a tiempo? Si No

3. Cuanto peso cuando nacio? _____

4. Nacio el bebe vaginal? Si No

5. Tubo alguna problema el bebe cuando estuvo en el hospital?

No Si

6. Que hospital nacio? _____

7. Quien es el nombre de su Gynecologo o Clinica? _____

C. Historia de la Familiar:

1. Circule las enfermedades que alguien de la familia aiga tenido: (Abuelos, padres, tios, tias, hermanos, hermanas) Tuberculosis, Diabetes, Asma, Alergias, Ataques, Cancer, Enfermedad Hereditarias, Enfermedades de los Riones, Hiv, Desorden de la Sangre

2. Escribe la edad, El sexo y la salud general de hermanos /as:

Nombre	Edad	Sexo	Saludable
_____			Si No
_____			Si No
_____			Si No
_____			Si No

3. Alguno de sus hijos murio? No Si

4. Circule si a tenido alguna vez .Infecciones o Enfermedad :

Falta de apetito inusualmente , constipacion, diarrea , varias veces infeccion de oidos, problema de orina , convulsiones, escuchan bien, problemas con los ojos, Problema de Habla, Aprendizaje, o de Audicion, orinarse en la cama, Problemas en la escuela, Problemas de ir al bano, Sarampion, Pneumonia, Accidentes Serios, Huesos Fracturados

Operaciones: _____

Hospitalisaciones: _____

5. A que edad camino su hija/hijo? _____

6. Su hijo/adijo algunas palabras a los 18 meses? Si No

C. Mantenimiento de Salud de su hijo/hija: De la fecha:

1. Cuando fue el ultimo examen de anemia y plomo?

Fecha: _____

Los resultados fueron normales? Si No

2. Cuando fue el ultimo examen de los oidos?

Fecha: _____

Los resultados fueron Normales? Si No

3. Cuando fue el ultimo examen de los ojos?

Fecha: _____

Los resultados Fueron normales? Si No

4. Cuando fue la ultima prueba de la tuberculosis?

Fecha: _____

Los resultados fueron normales? Si No

5. Cuando fue la visita al dentista?

Fecha: _____

Los resultados fueron? Si No

6. Tiene Su hijo/a todas las vacunas? Si No

D. Alergias: Circule una:

eczema o urticaria, pollido o asma, alergias a medicina, o comidas

E. Otras

4. Tiene cualquier papel del hospital record de vacunas con usted
Si No

Si la respuesta es si por favor de presentarlos enfrente!

Cuestionario Para la Deteccion de Tuberculosis

Name _____	Date: _____
------------	-------------

Este es un cuestionario sobre tuberculosis. Los adultos que viven con ninos o que pasan mucho tiempo con ellos pueden transmitirles la tuberculosis. Esta enfermedad se transmite de una persona con tuberculosis a otra persona medio de gotitas que se tosen o se estornudan en el aire y que el nino respiran. Es mas probable que la infeccion se transmita de esta manera cuando el nino y la persona infectada pasan mucho tiempo juntos en un ambiente cerrado, como una habitacion pequena, un coche, o situaciones similares.

Los adultos que tienen tuberculosis frecuentes tienen los sintomas siguientes: una tos que dura mas de dos semanas, perdida del apetito, perdida de peso (diez libras o mas en un period corto de tiempo), fiebre, escalofrios, y sudores nocturnes.

- Los ninos que tienen tuberculosis con frecuencia no tienen sintomas.
- Una persona puede estar infectada con tuberculosis y no tener la enfermedad active.
- No todas las personas que tosen tienen tuberculosis
- La tuberculosis se puede prevenir y se puede tratar
- Los ninos pueden enfermarse gravemente con tuberculosis
- Necesitamos su ayuda ara saber si u nino ha estado expuesto a la tuberculosis

	Si	No	No se
Alguien en su familia ha tenido tuberculosis?			
Alguna vez su nino ,Otro hijo suyo, o alguien de su familia ha tenido una prueba de tuberculosis positiva?			
Ha estado su nino con alguien que tiene tuberculosis desde la ultima vez que le hicieron una prueba de tuberculosis?			
Su nino nacio en un pais extranjero en donde hay muchos casos de tuberculosis, o visitado a familiares alli?			
Ha estado su nino en contacto con algun adulto que tose mucho?(un familiar, una nintera, un maestro, un vecino)			
Ha tenido su nino algun problema de salud durante el ultimo ano, como una tos duro dos semanas o mas?			
Ha estado su nino en contacto con alguien:			
Que usa o ha usado drogas?			
Con alguien que esta infectado con HIV?			
Con alguien que ha estado en la carcel o la prision?			
Con alguien que nacio en el extranjero?			

DEPARTAMENTO ESTATAL DE SERVICIOS DE SALUD DE TEXAS
REGISTRO DE INMUNIZACIÓN (ImmTrac)
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA MENORES

ImmTrac
Texas Immunization Registry

(Favor de escribir claramente con letra de molde)

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

Apellido del Niño(a)

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

Nombre del Niño(a)

		/			/						
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--

Fecha de Nacimiento del Niño(a)

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

Dirección del Niño(a), Calle

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

Ciudad

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

Nombre de la Madre

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

For Clinic/Office Use

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

Segundo Nombre del Niño(a)

Género:

Masculino

Femenino

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

Apartamento #

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

Teléfono

--	--	--

Estado

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

Código Postal

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

Municipio

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

Apellido de Soltera de la Madre

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.

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

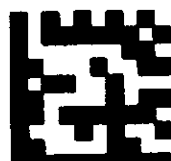
Fecha _____

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

Stock No. C-7
Revised 05/27/11



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

