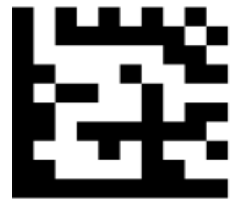




Texas Department of State Health Services

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 second name

Segundo Nombre del Niño(a)

Grid for birth date

\*Solamente niños menores de 18 años.

Género: Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento del Niño(a)

Grid for address

Dirección del Niño(a), Calle

Grid for apartment

Apartamento #

Grid for phone

Teléfono

Grid for city

Ciudad

Grid for state

Estado Código Postal

Grid for county

Condado

Grid for mother's name

Nombre de la Madre

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).

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").

- 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: Escribe 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.

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.



220 E. Evergreen St.  
Sherman, TX 75090  
Phone: 903-202-2900  
Fax: 903-202-2901

### Autorización parental para el tratamiento del menor.

Estado de: \_\_\_\_\_

Condado de: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, padres/guardian de \_\_\_\_\_,  
Nombre de Padres/Guardian Nombre de paciente

Fecha de Nacimiento del menor \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ por la presente autorizo:

\_\_\_\_\_  
Nombre del individual autorizado /relacion

\_\_\_\_\_  
Nombre del individual autorizado /relacion

\_\_\_\_\_  
Nombre del individual autorizado /relacion

\_\_\_\_\_  
Nombre del individual autorizado /relacion

Pa dar su consentimiento para el tratamiento medico del menor para cualquier condicion que el/ella pueda tener y dar su consentimiento para todo los chequeos de niño sano, incluyendo vacunas, en el grupo de médicos de Texoma, PLLC. También autorizo los proveedores dentro del grupo para dar información a los individuos nombrados arriba con respecto al diagnóstico, plan de tratamiento y cualquier información necesaria por el cuidado del menor por el presente libero el grupo de médicos de Texoma , PLLC de cualquier responsabilidad con respecto el lanzamiento de la informacion del menor mencionado arriba .

Opcional: Por el presente autorizo a mi hijo/hija (16 anos y mas) recibir tratamiento médico sin una persona autorizado acompañando a el o ella. \_\_\_\_\_

Initial

Ejecutado este \_\_\_\_\_ dia de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE – Nombre de los padres

\_\_\_\_\_  
FIRMA – Nombre de los padres



## Medicina pediátrica y adolescente

Pacientes apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección de la Calle: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Postal: \_\_\_\_\_  
Seguro social: \_\_\_\_\_ ( M/F) Numero de casa: \_\_\_\_\_ Otros familiares aqui: \_\_\_\_\_

### Información de los padres

Apellido de mama: \_\_\_\_\_ Primer Nombre de Mama: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Seguro social: \_\_\_\_\_ Dirección de la Calle: \_\_\_\_\_ Numero de casa: \_\_\_\_\_  
Numero de celular: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_  
Nombre de pareja: \_\_\_\_\_  
Apellido de papa: \_\_\_\_\_ Primer nombre de papa: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Seguro social: \_\_\_\_\_ Dirección de Calle: \_\_\_\_\_ Numero de casa: \_\_\_\_\_  
Numero de Celular: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

### Información de Aseguranza

Aseguranza Primaria: si /No Asegurado: \_\_\_\_\_ Relacion al paciente: \_\_\_\_\_  
Nombre de Compania: \_\_\_\_\_ Dirección de Compania: \_\_\_\_\_  
Numero de aseguransa: \_\_\_\_\_ Identificador del miembro: \_\_\_\_\_  
Numero de Grupo: \_\_\_\_\_ Deducible: \_\_\_\_\_ copago: \_\_\_\_\_  
Aseguranza secundaria: si /No Asegurado: \_\_\_\_\_ Relacion al paciente: \_\_\_\_\_  
Nombre de Compania: \_\_\_\_\_ Dirección de Compania: \_\_\_\_\_  
Numero de aseguransa: \_\_\_\_\_ Identificador del miembro: \_\_\_\_\_  
Numero de Grupo: \_\_\_\_\_ Deducible: \_\_\_\_\_ copago: \_\_\_\_\_

### En caso de Emergencia

nombre de un amigo/pariente: \_\_\_\_\_ relacion al paciente: \_\_\_\_\_  
Numero de trabajo: \_\_\_\_\_ Numero de celular: \_\_\_\_\_

### Consentimiento

La información arriba es fiel a lo mejor de mi conocimiento. Doy mi consentimiento para el tratamiento y autorizo que mis beneficios de seguro por servicios cubiertos sean pagados directo a médicos de Texoma, PLLC. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo o servicio no cubierto por mi compañía de seguros. Autorizo al Grupo y a la compañía de seguros a divulgar cualquier información para procesar mi Reclamo. También autorizo que se utilice una copia de este Consentimiento en lugar de la original. Autorizo además la divulgación de información de salud privada a otros proveedores involucrados en el cuidado de mi hijo.



220 E. Evergreen St.  
Sherman, TX 75090  
Phone: 903-202-2900  
Fax: 903-202-2901

## Medicina pediátrica y adolescente

Nombre de paciente- Nombre

Fecha de Nacimiento

Seguro social

### Consentimiento para el tratamiento

El paciente/padres/ o representante legal aceptan y consentan al tratamiento médico general por todo el grupo de médicos de Texoma, PLLC Médicos y proveedores y además consentir el acceso completo, revisar y usar los registros médicos del paciente por todo el grupo de médicos de Texoma, PLLC. El paciente/padres/ o representante legal También aceptan y consentan que el grupo de médicos de Texoma, PLLC puedan ver el pacientes historia de receta de una fuente externa.

### Comprensión de la responsabilidad financiera

Todos servicios profesionales dado seran cobrados al paciente o / los padres. Formas necesarias seran completatas para acelerar los pagos de la asegurador. Sin embargo, se entiende y se acepta que el paciente es responsable por todo los cargos independientemente de la cobertura del la aseguransa. es costumbre pagar por los servicios cuando se le da a menos que otros arreglos se han hecho de antemano.

### Autorización de seguro y asignación de beneficio de seguro

Por el presente autorizo el grupo medico de Texoma, PLLC dar información sobre condiciones medicas y tratamiento a las aseguransas. También asigno beneficios de Seguro pagado en mi nombre por cualquier aseguransa que cubre los gastos en que incurro como resultado de cualquier servicio de diagnóstico o tratamiento proporcionado a mí por cualquier grupo de médicos de Texoma, PLLC Médico o proveedor . además entiende y acepto que este acuerdo sigue vigente hasta que lo revoque en escrito.

### HIPAA – Aviso de práctica de privacidad

Este aviso describe cómo la información médica sobre el paciente puede ser usada y divulgado y como puedo obtener acceso a esta información. Por mi Firma abajo, Yo reconosco que el grupo medico de Texoma , PLLC aviso de prácticas de privacidad se me ha sido proveído si se solicita.

NOMBRE – Paciente/Padres

Relacion al paciente

Fecha

FIRMA – Paciente/padres