



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha: _____
Apellido Nombre de pila Segundo nombre

Sexo: Masculino Femenino Fecha de nacimiento: _____ Seguridad Social: _____ - _____ - _____

Dirección de casa: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Dirección postal: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Por favor, rellena todos los campos y comprueba cuál es tu método de contacto preferido:

Tel primario #: _____ Tel de la madre: _____ Tel del padre #: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Farmacia preferida _____

¿A quién podemos agradecer por recomendarle o cómo supiste de nosotros? _____

INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN

Nombre de la madre/tutora

Fecha de nacimiento: _____

de Seguro Social: _____

Telefono primario: _____

Telefono del trabajo: _____

Empleador: _____

Nombre del padre/tutor

Fecha de nacimiento: _____

de Seguro Social: _____

Telefono primario: _____

Telefono del trabajo: _____

Empleador: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO DE SALUD

(Debe rellenar junto con una fotocopia de la tarjeta)

Tipo de seguro: _____

Nombre del titular: _____ Empleador: _____

Fecha de nacimiento del titular de la tarjeta: _____ Número de Seguro Social del titular: _____

ID #: _____ Grupo #: _____

Contacto de emergencia

En caso de emergencia, ¿a quién debemos contactar? (Alguien que no sea padre/tutor)

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Telefono Primario: _____ Telefono del trabajo: _____

Las siguientes personas, aparte de los padres o tutores legales, están autorizadas a acceder a la información médica de mi hijo y tienen permiso para llevarlo a citas y tomar decisiones médicas en mi nombre.

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____
(Por favor, imprimir)

Nombre del padre/tutor: _____ Firma del padre/tutor; _____

PERMISO PARA DAR SERVICIO Y ATENCION MEDICA

Como tu hijo es menor de edad, es necesario obtener un permiso firmado por un padre o tutor antes de que se puedan iniciar y realizar todos o cualquier servicio médico necesario en Head Pediatrics.

Autorizo la entrega de cualquier información médica u otra que sea requerida para procesar reclamaciones. Autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente al proveedor de atención médica.

Mi firma como padre/tutor que aparece abajo autoriza la prestación de servicios médicos. Este consentimiento permanecerá vigente hasta que cualquiera de las partes lo cancele. Entiendo que soy responsable económicamente de todos los cargos generados por los servicios médicos recibidos.

(Firma del padre/tutor)

(Fecha)



Fecha: _____

Nombre de la persona que llena este formulario: _____ Relación con el niño: _____

Número de adultos que viven con el niño: _____ Número de niños que viven con el niño: _____

POR FAVOR, MARQUE LAS CASILLAS DONDE LOS FAMILIARES DE SANGRE DEL NIÑO TIENEN ALGUNO DE ESTOS PROBLEMAS

	Padre	Madre	Hermano(s)	Hermana(s)	Por parte del padre	Por parte de madre
Alergias (asma, eczema, fiebre del heno)						
Malformaciones congénitas (labio hendido, pie zabo, displasia de cadera)						
Trastornos sanguíneos (hemorragia, anemia falciforme, anemia)						
Trastornos óseos/articulares (artritis, gota)						
Cáncer (leucemia, cáncer de mama, tumores)						
Problemas de colesterol						
Diabetes						
Problemas oculares (ceguera, ojo vago, cruzar los ojos)						
Trastornos gastrointestinales (úlceras, Crohn, celiaquía)						
Trastornos genéticos (síndrome de Down, FQ)						
Enfermedades cardíacas (infarto, hipertensión)						
Enfermedad renal (riñón ausente, riñón quístico)						
Trastornos pulmonares (asma, tuberculosis)						
Trastorno muscular (esclerosis múltiple, rigidez)						
Trastornos nerviosos (migrañas, convulsiones, epilepsia)						
Trastornos psiquiátricos (depresión, suicidio, esquizofrenia)						
Problemas de tiroides						
Enfermedades venéreas (sífilis, gonorrea, VIH)						
Alcoholismo, Dependencia de las Drogas						
Smoker						
Otro:						

La siguiente información es valiosa para el examen completo de tu hijo. Responder a los 1 es opcional y, por supuesto, confidencial.

¿Hay algún problema en casa del que debamos estar al tanto? _____

¿Los padres están divorciados o separados? _____

REGLAS DE VACUNACIÓN

- Creemos firmemente en la eficacia de las vacunas para prevenir enfermedades graves y salvar vidas.
- Creemos firmemente en la seguridad de las vacunas.
- Creemos firmemente, basándonos en toda la literatura disponible, la evidencia y los estudios actuales, que las vacunas no causan autismo ni otras discapacidades del desarrollo.
- Creemos firmemente que vacunar a niños y jóvenes es una de las intervenciones más importantes para promover la salud que realizamos como profesionales sanitarios y que puedes realizar como padres/cuidadores.

Mientras el tema de las vacunas sigue siendo debatido, aquí en Head Pediatrics creemos que las vacunas son vitales y necesarias. Dicho esto, no aceptaremos pacientes que se nieguen o deseen retrasar las vacunas, (excepto la gripe. Vacuna contra el Sars CoV-2 o el VPH) excepto aquellos que presenten indicación médica. Los bebés y niños con ciertas condiciones médicas, como la leucemia, son muy susceptibles a estas enfermedades prevenibles. Las personas no vacunadas pueden estar portando estas enfermedades y, aunque no están visiblemente enfermas, pueden transmitirlos a estos pacientes en riesgo en nuestra clínica. Nos tomamos muy en serio la enorme responsabilidad de cuidar de tu hijo. Por eso también las vacunas son muy serias para nosotros. Creemos que si permitimos que los niños se salten o retrasen las vacunas, sería un perjuicio para tu hijo con resultados potencialmente desastrosos. Este cuidado que tenemos para tu hijo es la razón principal por la que exigimos vacunación.

He leído y entiendo la política de vacunación mencionada anteriormente. Acepto cumplirlo y entiendo que, si decido no mantener a mi(s) hijo(s) al día con sus vacunas, se me pedirá que contrate los servicios de otro médico.

Nombre del paciente

Fecha

Firma del padre/tutor

Nombre impreso del padre/tutor

REGLAS Y PROCEDIMIENTOS DE LA OFICINA

Para que cada cita transcurra de la forma más fluida posible y para que podamos asegurarnos de que todos nuestros pacientes reciben la misma atención y atención, hemos implementado las siguientes políticas y procedimientos. Por favor, lee sobre ellos con cuidado.

1. **POR FAVOR, LLEGA A TU CITA A TIEMPO:** Si un paciente llega tarde a una cita programada, deberá ser reprogramado para la siguiente cita disponible, que puede o no ser el mismo día. Puede que aún se te vea llegar con menos de 15 minutos de retraso, pero esto no está garantizado y dependerá de la oficina. Además, llegar a tu cita antes no garantiza que te atendam antes de la hora programada. El Dr. Head normalmente atiende a los pacientes en el orden en que están programados, no en el orden en que llegan.
2. **NO DEJES A TUS HIJOS SIN SUPERVISAR:** Los menores de 12 años deberán tener siempre un padre/tutor/cuidador. Si traes a más de un niño y solo uno está siendo visto, por favor organiza que alguien pueda acompañarte o cuidarlo durante la cita. Los menores de 17 años necesitarán que los padres o tutores estén con ellos para cualquier procedimiento realizado en la oficina.
3. **LAS SOLICITUDES DE RENOVACIÓN DE RECETAS REQUIEREN UN PREAVISO MÍNIMO DE 72 HORAS.** Cualquier renovación de receta que no se realice junto con una cita deberá solicitarse con al menos 72 horas de antelación. Por favor, NO esperéis a que la medicación esté vacía y tened en cuenta los fines de semana y festivos.
4. **ES SU RESPONSABILIDAD SABER QUÉ OFICINAS MEDICAS ESTÁN APROBADAS POR TU PLAN DE SEGURO:** En caso de que sea necesario que un paciente sea derivado a un laboratorio externo, centro de imagen, hospital u otro centro, corresponde a la parte asegurada o responsable saber si ese centro está cubierto por tu seguro. Si no está seguro, puede contactar directamente con el centro o solicitar un directorio de proveedores a su plan de seguros o a la oficina de recursos humanos.
5. **NO ATENDEMOS PACIENTES SIN CITA PREVIA:** No atendemos pacientes sin cita, sino que los atendemos en la cita más temprana que tengamos. Si acudes a la consulta para un seguimiento rutinario, vacunación, etc., sin cita, se te programará una cita en ese momento, que puede o no ser el mismo día.
6. **SERÁ TU RESPONSABILIDAD NOTIFICARNOS CUALQUIER CAMBIO EN TU ESTADO DE SALUD O VISITAS FUERA DE NUESTRA OFICINA QUE PUEDAN AFECTAR AL CUIDADO DEL PACIENTE.** Si tu hijo tiene una visita con otro profesional o acude a urgencias o atención urgente, es tu responsabilidad informarnos y asegurarte de que el otro proveedor o centro envíe cualquier registro o resultado relacionado con esa visita.
7. **SERÁ TU RESPONSABILIDAD MANTERNOS INFORMADOS CON LA INFORMACIÓN DE CONTACTO ACTUAL.** Por favor, infórmalos lo antes posible cuando se realice algún cambio en números de teléfono personales o empresariales o en direcciones físicas y postales. Necesitamos poder ponernos en contacto contigo para recordatorios de citas, resultados de pruebas, preguntas sobre facturación, etc., de manera oportuna.
8. **TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO/PACIENTE:** Si solicita que sus registros se envíen a otro médico o consulta médica, podemos interpretar esto como su deseo de terminar la relación médico/paciente. Si menosprecias públicamente a Head Pediatrics, al Dr. Head o a cualquiera de sus empleados en línea en cualquier foro, página web o aplicación, nos reservamos el derecho de interpretar eso como tu deseo de terminar la relación médico/paciente. Le notificaremos este cambio y veremos a su hijo durante los siguientes (30) días, según lo exige la ley, para que pueda encontrarle un nuevo proveedor.
9. **POR FAVOR, INFÓRMANOS DE INMEDIATO SI HAY ALGÚN CAMBIO QUE PUEDA AFECTAR AL CUIDADO O AL BIENESTAR DEL PACIENTE.** Los cambios en casa, en la escuela, etc., que puedan afectar al cuidado o al bienestar de un paciente deben ser comunicados lo antes posible. Los cambios en las condiciones de vida, las dificultades académicas, los cambios en el apetito o el estado de ánimo, o incluso la muerte de un ser querido o mascota, pueden afectar la salud del paciente. Por favor, infórmanos de cualquier cambio, para que podamos abordar o ser sensibles a nuevos problemas según sea necesario.

He leído y entiendo las políticas de la oficina mencionadas y acepto cumplirlas.

Nombre del paciente

Firma del padre/tutor

Fecha

Nombre impreso del padre/tutor

Relación con el paciente

POLÍTICAS FINANCIERAS

En Head Pediatrics, estamos comprometidos a tratar a todos nuestros pacientes con la máxima calidad de atención y respeto. Para asegurarnos de que tu cuenta se gestione de la manera más eficiente posible y obtener el máximo beneficio de tu aseguradora o evitar discrepancias en la facturación, hemos implementado las siguientes pólizas y estamos entregando una copia de ellas a los padres, tutores y/o responsables de nuestro paciente. Es importante que tengas una comprensión clara y cooperes con estas políticas. Todas las preguntas relacionadas con tu facturación deben dirigirse al personal de la oficina. Además, ten en cuenta que ninguna de las tarifas que aborda esta póliza financiera está cubierta por el seguro, salvo los copagos, coseguros, etc., que podrían estar cubiertos si tienes un seguro secundario o Medicaid.

1. **EL PAGO DEBERÁ HACERSE EN EL MOMENTO DE RECIBIR ATENCION MEDICA:** Cualquier tasa, copago, porcentaje de coseguro o franquicia deberá deberse el día en que se vea al paciente(s).
2. **LA PERSONA QUE TRAIGA AL PACIENTE ES RESPONSABLE DEL PAGO:** Se espera que los abuelos, tíos, cuidadores, etc., lleven el pago con ellos. En el caso de acuerdos de custodia ordenados por el tribunal, el progenitor que lleve al niño será responsable del pago completo en el momento de la notificación. No será responsabilidad del jefe de pediatría facturar a la otra parte, ni intervendremos para determinar cómo se dividirá la responsabilidad del pago.
3. **LA INFORMACIÓN ACTUAL Y CORRECTA DEL SEGURO DE SALUD DEBE PROPORCIONARSE ANTES DE LA CITA:** Si no nos notifican antes de la próxima cita programada, prepárate para un retraso en la atención o incluso para reprogramar. Si no nos has dado la información correcta y una reclamación no se paga debido a la expiración del plazo, esto pasará a ser TU responsabilidad financiera.
4. **HABRÁ UNA COMISIÓN POR LA DEVOLUCIÓN DEL CHEQUE:** EN CASO DE QUE TU ENTIDAD FINANCIERA RECHACE UN PAGO POR FALTA DE FONDOS O POR CUALQUIER OTRA RAZÓN, HABRÁ UNA COMISIÓN DE 30,00 \$ ADEMÁS DE LA CANTIDAD ORIGINAL DEL PAGO.

Entiendo y acepto los términos y condiciones de las políticas financieras mencionadas para Head Pediatrics y he hecho cualquier pregunta y solicitado cualquier aclaración necesaria para aceptar cómodamente.

Nombre del paciente

Fecha

Firma del padre/tutor

Relación con el paciente

Nombre impreso del padre/tutor

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo puede utilizarse y divulgarse la información médica sobre ti y cómo puedes acceder a esta información. Por favor, revísalo detenidamente.

NUESTRO DEBER LEGAL

Estamos obligados por la legislación federal y estatal aplicable a mantener la privacidad de tu información sanitaria. También estamos obligados a proporcionarle este Aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos respecto a su información sanitaria. Debemos seguir las prácticas de privacidad descritas en el Aviso mientras esté vigente. Este Aviso entra en vigor el 1 de enero de 2026 y seguirá vigente hasta que lo reemplazemos. Nos reservamos el derecho de modificar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso en cualquier momento, siempre que dichos cambios estén permitidos por la ley aplicable. Nos reservamos el derecho de hacer que los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro Aviso sean efectivos para toda la información sanitaria que mantengamos, incluida la información sanitaria que creamos o recibimos antes de realizar los cambios. Antes de realizar un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, modificaremos este Aviso y pondremos el nuevo Aviso a disposición a petición.

Puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para más información sobre nuestras prácticas de privacidad, o para copias adicionales de este Aviso, por favor contáctanos utilizando la información que aparece al final de este Aviso.

USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACIÓN SANITARIA

Utilizamos y divulgamos información sanitaria sobre usted para tratamiento, pago y operaciones sanitarias. Por ejemplo:

Tratamiento: Estamos autorizados a utilizar y divulgar tu información médica a quienes participan en tu tratamiento.

Pago: Estamos autorizados a utilizar y divulgar tu información médica para facturar y cobrar los servicios prestados.

Operaciones de atención médica: Estamos autorizados a utilizar o divulgar su información médica para fines de operaciones sanitarias, que son actividades que apoyan esta práctica y garantizan que se preste una atención de calidad. Las operaciones sanitarias incluyen actividades de evaluación y mejora de la calidad, revisión de la competencia o cualificaciones de los profesionales sanitarios, evaluación del desempeño de profesionales y proveedores, realización de programas de formación, acreditación, certificación, licencias o actividades de acreditación.

Su autorización: Además de nuestro uso de tu información sanitaria para tratamiento, pago o operaciones sanitarias, puedes darnos autorización por escrito para usar tu información sanitaria o para divulgarla a cualquier persona con cualquier propósito. Si nos da una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Tu revocación no afectará ningún uso ni divulgación permitida por tu autorización mientras estuvo en vigor. A menos que nos proporcione una autorización por escrito, no podemos utilizar ni divulgar su información sanitaria por ningún motivo que no sea el descrito en este Aviso.

Personas implicadas en la atención médica: Podemos utilizar o divulgar información sanitaria para notificar o ayudar en la notificación o (incluyendo la identificación o localización) de un familiar, su representante personal u otra persona responsable de su atención, sobre su ubicación, su estado general o fallecimiento. Si estás presente, antes de que utilices la divulgación de tu información sanitaria, te ofreceremos la oportunidad de objetar dichos usos de las divulgaciones. En caso de incapacidad o circunstancias de emergencia, divulgaremos información sanitaria basada en una determinación basada en nuestro juicio profesional que solo revele información sanitaria directamente relevante para la implicación de la persona en su atención sanitaria. También utilizaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia en la práctica común para hacer inferencias razonables sobre su mejor interés al permitir que una persona recoja recetas surtidas, suministros médicos, radiografías u otras formas similares de información sanitaria.

Comercialización de servicios relacionados con la salud: No utilizaremos tu información sanitaria para comunicaciones de marketing sin tu autorización escrita.

Exigido por ley: Podemos utilizar o divulgar tu información sanitaria para requisitos legales sin tu autorización por escrito.

Salud pública, abuso o negligencia, y supervisión de la salud: Podemos divulgar tu información médica para actividades de salud pública. Las actividades de salud pública están obligadas por gobiernos federales, estatales o locales para la recopilación de información sobre enfermedades, estadísticas vitales (como nacimientos y fallecimientos) o lesiones por parte de una autoridad sanitaria pública. La ley de Texas exige que los médicos informen sobre abusos o negligencia infantil.

Investigación, donación de órganos, forenses, forenses y directores funerarios: Podemos facilitar información médica a organizaciones de obtención de órganos si eres donante. Podemos facilitar su información médica a un forense o forense para identificar a un fallecido o la causa de la muerte. Además, podemos facilitar su información médica a un director funerario cuando tal divulgación sea necesaria para que el director pueda desempeñar sus funciones.

Agencias de Seguridad Nacional y Aplicación de la Ley: Podemos divulgar a las autoridades militares la información sanitaria del personal de las Fuerzas Armadas bajo determinadas circunstancias. Podemos divulgar a funcionarios federales autorizados información sanitaria necesaria para inteligencia legal, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional. Podemos divulgar a instituciones penitenciarias o a agentes de la ley que tengan custodia legal de información sanitaria protegida de reclusos o pacientes bajo determinadas circunstancias.

Recordatorios de cita: A menos que especifique lo contrario, por escrito podemos utilizar o divulgar su información médica para proporcionarle recordatorios de cita (como mensajes de voz, correos electrónicos, postales o cartas).

DERECHOS DEL PACIENTE

Acceso: Tienes derecho a consultar o obtener copias de tu información sanitaria, con excepciones limitadas. Debes hacer una solicitud por escrito para obtener acceso a tu información sanitaria. Puede obtener un formulario para solicitar una copia de sus historiales contactando con nuestra oficina de Registros Médicos. Puede solicitar acceso para revisar sus registros enviándonos una carta a la dirección que se encuentra al final de este Aviso. Las leyes federales y estatales de Texas nos permiten cobrar una tarifa razonable basada en el coste.

Contabilidad de Divulgación: Tiene derecho a recibir una lista de casos en los que nosotros o nuestros socios comerciales divulgamos su información sanitaria para fines distintos al tratamiento, pago, operaciones sanitarias y ciertas otras actividades, durante los últimos 6 años, pero no antes del 26 de mayo de 2015. Si solicita esta contabilidad más de una vez en un periodo de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en costes por responder a estas solicitudes adicionales.

Restricciones: Tienes derecho a solicitar que impongamos restricciones adicionales sobre nuestro uso o divulgación de tu información sanitaria. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos nuestro acuerdo (excepto en caso de emergencia).

Comunicación alternativa: Tienes derecho a solicitar que nos comuniquemos contigo sobre tu información sanitaria por medios alternativos o a ubicaciones alternativas. (Debes hacer tu solicitud por escrito) Tu solicitud debe especificar el medio o ubicación alternativa y proporcionar una explicación satisfactoria de cómo se gestionarán los pagos bajo el método o ubicación alternativa que solicites.

Enmienda: Tiene derecho a solicitar que modifiquemos su información sanitaria. Tu solicitud debe estar por escrito, y debe explicar por qué la información debe ser modificada. Podemos denegar su solicitud en determinadas circunstancias.

Aviso electrónico: Si recibe este Aviso en nuestra página web o por correo electrónico (correo electrónico), tiene derecho a recibir este Aviso por escrito.

PREGUNTAS Y QUEJAS

Si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, por favor contáctenos. Si te preocupa que podamos haber violado tus derechos de privacidad, o no estás de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a tu información sanitaria o en respuesta a una solicitud que hiciste para modificar o restringir el uso o divulgación de tu información sanitaria o para que nos comuniquemos contigo por medios alternativos o en ubicaciones alternativas, puede presentar una queja al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Te proporcionaremos la dirección para presentar tu queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. si lo solicitas.

Apoyamos tu derecho a la privacidad de tu información sanitaria.

Reconocimiento de la revisión del Aviso de Prácticas de Privacidad

****Puede negarse a firmar este acuse de reconocimiento*****

****Puede solicitar una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad*****

!, _____ [nombre del padre/tutor], han revisado/recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina. Por favor, enumera a todos los pacientes actuales a los que este reconocimiento se aplica [nombre(s) del paciente(s)]:

Firma del padre/tutor

Fecha

Nombre impreso del padre/tutor



Autorización estándar de uso y divulgación de información sanitaria protegida

Información a utilizar o divulgar

La información cubierta por esta autorización incluye:

- Informe Operativo/Procedimiento

Fecha _____

- Informe de Patología

Fecha _____

- Notas de oficina

Fecha _____

- Información sobre seguros

Fecha _____

Otro: _____

Información del paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ SSN #: _____

Dirección: _____ Teléfono #: _____

Yo, el abajo firmante, AUTORIZO _____ para publicar mis historiales médicos, incluyendo pero no limitándose a, un informe de mi diagnóstico, tratamiento, pronóstico y recomendaciones, así como datos pertinentes para cualquier tratamiento que reciba durante el tiempo que fui paciente, para:

Nombre del proveedor/etc.: **Ryan E Head, MD, FAAP**

Dirección: **625 Russell Blvd.
Nacogdoches, TX 75965**

Teléfono/Fax: **936 305 5050 / 936 305 5151**

Esta autorización cubre las fechas de atención al paciente desde _____ hasta _____. Yo, el abajo firmante, entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, salvo en la medida en que se haya tomado una acción basada en ella y que, en cualquier caso, dicha autorización expirará seis meses desde la fecha de firma.

Firma del paciente/padre/tutor

Fecha

Firma del testigo

Fecha

Publicado por: _____

Fecha: _____