



LIVINGSTON/CLEVELAND PEDIATRICS

• Marlo Brawner, MD, FAAP*

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Nombre preferido: _____

Dirección del Paciente: _____
CIUDAD ESTADO ZIP

Teléfono de casa: _____ Número de celular: _____

Número de contacto principal: CASA CELULAR Mejor hora para llamar: AM PM

Correo electrónico del representante: _____

¿Con quién vive el paciente?: () Solo Mamá () Solo Papá () Padres () Relativo () Tutor legal () Otro: _____

Idioma principal del paciente: Inglés Español Otro: _____

Idioma principal del padre/tutor legal: Inglés Español Otro: _____

¿El padre/madre o tutor legal necesita un intérprete? Si No

INFORMACIÓN DEL GARANTE: (Persona responsable de cualquier factura)

Nombre completo (Apellido, Nombre, Segundo nombre) _____

Relación con el paciente: _____ ¿Menor emancipado? SI NO

Dirección (si es distinta a la del paciente): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ N.º de Seguro Social: _____

N.º de licencia de conducir: _____ Estado de emisión: _____ Fecha de vencimiento: _____

Nombre del empleador: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Tel. del trabajo: _____ N.º celular: _____ N.º casa: _____

OTROS NIÑOS EN LA FAMILIA QUE VIVEN CON EL PACIENTE:

400 Ogletree Drive
Livingston, Texas 77351
#936-328-8812

Fax: 936-328-8815

203 N. College, Suite 1001
Cleveland, Texas 77327
#281-592-6000



LIVINGSTON/CLEVELAND PEDIATRICS

• Marlo Brawner, MD, FAAP*

1. _____ Hermano(a)___ Medio hermano(a)___ Hermanastro(a)___
NOMBRE FEC. NAC
❖ ¿El niño(a) mencionado utiliza a Livingston/Cleveland Pediatrics como su proveedor de atención primaria? SI NO
2. _____ Hermano(a)___ Medio hermano(a)___ Hermanastro(a)___
NOMBRE FEC. NAC
❖ ¿El niño(a) mencionado utiliza a Livingston/Cleveland Pediatrics como su proveedor de atención primaria? SI NO
3. _____ Hermano(a)___ Medio hermano(a)___ Hermanastro(a)___
NOMBRE FEC. NAC
❖ ¿El niño(a) mencionado utiliza a Livingston/Cleveland Pediatrics como su proveedor de atención primaria? SI NO
4. _____ Hermano(a)___ Medio hermano(a)___ Hermanastro(a)___
NOMBRE FEC. NAC
❖ ¿El niño(a) mencionado utiliza a Livingston/Cleveland Pediatrics como su proveedor de atención primaria? SI NO
5. _____ Hermano(a)___ Medio hermano(a)___ Hermanastro(a)___
NOMBRE FEC. NAC
❖ ¿El niño(a) mencionado utiliza a Livingston/Cleveland Pediatrics como su proveedor de atención primaria? SI NO

ACCESO ADICIONAL A LA CUENTA Y/O CONTACTOS DE EMERGENCIA:

Por favor, indique cualquier persona que pueda traer al paciente a sus citas o tener acceso a la información médica del paciente.

1. Nombre del Padre: _____ N.º teléfono: _____
2. Nombre de la Madre: _____ N.º teléfono: _____
3. Nombre del tutor legal: _____ N.º teléfono: _____
** Documentación legal requerida **
4. Nombre del tutor legal: _____ N.º teléfono: _____
** Documentación legal requerida **
5. Nombre del autorizado: _____ N.º teléfono: _____
Relación: _____
6. Nombre del autorizado: _____ N.º teléfono: _____
Relación : _____

Las personas mencionadas anteriormente son mayores de 18 años y cuentan con mi autorización para solicitar y obtener atención médica, así como para discutir el tratamiento de mi hijo(a) con la clínica de Livingston/Cleveland Pediatrics y sus empleados. Esta solicitud podrá ser revocada y/o modificada en cualquier momento por escrito, y caducará un año después de la fecha de su completación, lo que ocurra primero. Se debe notificar por escrito el cambio dentro de los 30 días siguientes a la fecha de entrada en vigor. No se proporcionará información alguna sobre su hijo, ya sea por teléfono o en la clínica, si la persona en cuestión no figura en el formulario de autorización. A menos que obren en los archivos de nuestra clínica documentos judiciales que acrediten la revocación de los derechos de la madre o del padre, estos quedan automáticamente autorizados por la ley estatal.

Cualquier cambio a esta autorización debe recibirse por escrito dentro de los 30 días de la fecha efectiva.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____
Nombre impreso del padre/tutor: _____ Relación: _____

Consentimientos y políticas

Tengo el derecho legal de dar mi consentimiento para el tratamiento médico y/o quirúrgico debido a que (a) soy el paciente o (b) soy el padre/tutor legal del paciente.

Todas las referencias a “paciente”, “yo” y “mi” en este documento se refieren a _____

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE (NOMBRE Y APELLIDO)

400 Ogletree Drive
Livingston, Texas 77351
#936-328-8812

Fax: 936-328-8815

203 N. College, Suite 1001
Cleveland, Texas 77327
#281-592-6000

* Board Certified by the American Board of Pediatrics



LIVINGSTON/CLEVELAND PEDIATRICS

• Marlo Brawner, MD, FAAP*

Autorizo y doy mi consentimiento voluntariamente para la atención médica, el tratamiento y las pruebas diagnósticas que los proveedores de Livingston/Cleveland Pediatrics, así como sus asociados o asistentes designados, consideren necesarios. Asimismo, doy mi consentimiento para la toma de fotografías o la filmación relacionadas con la atención y el tratamiento del paciente, y entiendo que dichas fotografías o filmaciones pueden formar parte de la historia médica. Entiendo que, al firmar este formulario, otorgo permiso a los médicos, enfermeros de práctica avanzada, asistentes médicos, enfermeros y otros proveedores de atención médica de este consultorio para brindar tratamiento, siempre y cuando exista una relación médico-paciente o hasta que yo revoque mi consentimiento.

Compartiendo registros para el tratamiento médico

Podemos compartir expedientes médicos por correo, fax, portal o correo electrónico con otros proveedores de atención médica, con el fin de permitir y promover la continuidad de la atención entre los proveedores. Por la presente, autorizo a Livingston/Cleveland Pediatrics a obtener y/o divulgar cualquier información médica —incluyendo, entre otros, los resultados de pruebas de VIH—, así como información financiera, a solicitud de un representante de agencias locales, estatales o federales, compañías de seguros, tutores legales/padres y/o de organizaciones o entidades, según sea necesario para el pago de reclamaciones y el tratamiento del paciente. Cualquier modificación a esta autorización deberá recibirse por escrito dentro de los 30 días de la fecha efectiva. Se verificará la autorización de divulgación antes de proceder a la entrega de información confidencial.

Notificaciones de buzón de voz, mensajes de texto y correo electrónico

Como servicio a nuestros pacientes, Livingston/Cleveland Pediatrics ofrece recordatorios de citas de cortesía, así como otras llamadas y notificaciones importantes. Dicha información puede incluir información de salud protegida. Al firmar a continuación, usted da su consentimiento para recibir dicha información por vía telefónica (incluyendo buzón de voz), por mensaje de texto y/o por correo electrónico. Es SU responsabilidad mantenernos informados en caso de que cambie su información de contacto.

Recetas electrónicas

Autorizo voluntariamente a Livingston/Cleveland Pediatrics a habilitar la prescripción electrónica de recetas, lo cual permite a los proveedores de atención médica transmitir electrónicamente las recetas a la farmacia de mi elección, así como consultar la información sobre los beneficios farmacéuticos y el historial de dispensación de medicamentos, siempre y cuando exista una relación médico-paciente o hasta que yo revoque mi consentimiento. Autorizo voluntariamente a los proveedores y al personal de Livingston/Cleveland Pediatrics a obtener mi historial farmacéutico por vía telefónica, por escrito o por medios electrónicos.

Reconocimiento: Aviso de prácticas de privacidad

Confirmando haber recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad (“el Aviso”) de Livingston/Cleveland Pediatrics. El Aviso explica cómo Livingston/Cleveland Pediatrics puede utilizar y divulgar la información de salud protegida del paciente con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Por “información de salud protegida” se entiende la información de salud personal del paciente que se encuentra en sus expedientes médicos y de facturación. **Si tiene preguntas sobre el Aviso, por favor comuníquese con el Oficial de Privacidad de Livingston/Cleveland Pediatrics.**

Menores no acompañados

Los menores deben contar con una autorización para recibir tratamiento médico firmada por su padre, madre o tutor legal, y son responsables de mantener un seguro vigente para sí mismos. Tenga en cuenta que se espera el pago de copagos y/o deducibles en el momento de recibir el servicio.

Sobre el divorcio

Livingston/Cleveland Pediatrics no interviene en disputas entre padres divorciados con respecto a la responsabilidad financiera de los gastos médicos de su hijo. Al firmar a continuación en calidad de garante, usted acepta asumir la responsabilidad financiera por la atención que brindamos a su hijo, independientemente de si un decreto de divorcio u otro acuerdo asigna dicha obligación a su excónyuge.

400 Ogletree Drive
Livingston, Texas 77351
#936-328-8812

Fax: 936-328-8815

203 N. College, Suite 1001
Cleveland, Texas 77327
#281-592-6000

* Board Certified by the American Board of Pediatrics



LIVINGSTON/CLEVELAND PEDIATRICS

• Marlo Brawner, MD, FAAP*

Sobre el seguro

Indemnización/Pago por servicio: Requerimos el pago total en el momento de la prestación del servicio. Le proporcionaremos una copia de su estado de cuenta detallado para que pueda solicitar el reembolso a su compañía de seguros. En caso de que su compañía de seguros requiera descripciones detalladas de los servicios, por favor solicíteles que las soliciten por escrito.

El seguro es un contrato entre usted y su compañía. Nosotros no somos parte de su contrato. No intervendremos en disputas entre usted y su compañía de seguros con respecto a deducibles, cargos no cubiertos, coaseguro, seguro secundario, coordinación de beneficios, condiciones preexistentes o cargos considerados "razonables y habituales", salvo para proporcionar la información que resulte necesaria. Usted es responsable del pago oportuno de su cuenta. En el caso de que mi compañía de seguros determine que un servicio no está "cubierto", entiendo que soy personalmente responsable de efectuar el pago. Consiento en la divulgación de toda la información médica —incluyendo los resultados de pruebas de VIH— y financiera necesaria para tramitar esta y cualquier reclamación futura ante mi aseguradora o entidad pagadora de beneficios de salud, según designe yo a dicha persona o entidad de tiempo en tiempo, por un periodo indefinido o hasta que presente una revocación por escrito de esta autorización.

Contratos de Planes de Atención Administrada (HMO, PPO, POS, EPO)

Cada vez que programe una cita con un médico de Livingston/Cleveland Pediatrics, es su responsabilidad asegurarse de que dicho médico mantenga un contrato vigente con su plan de atención administrada. Es posible que se requiera verificar su cobertura y sus beneficios. A menudo, esta verificación nos exige compartir el motivo de su visita con su plan de atención administrada. Por favor, tenga previsto presentar su tarjeta de seguro vigente en cada visita. La verificación de sus beneficios no constituye una garantía de pago.

Referencias

Es su responsabilidad llevar un control de las fechas de vencimiento y notificar a su médico de atención primaria (PCP) con un mínimo de 48 horas de antelación antes de ser atendido por un especialista. Es posible que no se permitan las referencias retroactivas en todos los planes de atención administrada; por lo tanto, si no obtiene una referencia de su médico de atención primaria, usted podría ser considerado responsable del pago total de los servicios ante el especialista.

Póliza de inasistencia

Entiendo que este consultorio tiene una póliza de inasistencia que establece lo siguiente:

- Primera inasistencia: Recordatorio verbal en persona o por teléfono. Enviamos una carta a su compañía de seguro.
- Segunda inasistencia: Recordatorio verbal en persona o por teléfono. Le enviamos una carta. También enviamos una carta a su compañía de seguros.
- Tercera inasistencia: Recordatorio verbal en persona o por teléfono. Enviamos una carta a su compañía de seguros. Su expediente se remite a la dirección para su revisión y es posible que sea dado de alta de la clínica.

Cualquier cambio a esta autorización debe recibirse por escrito dentro de los 30 días de la fecha efectiva.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre impreso del padre/tutor: _____ Relación: _____

Nombre del paciente: _____ Fec. Nac. del paciente: _____

400 Ogletree Drive
Livingston, Texas 77351
#936-328-8812

Fax: 936-328-8815

203 N. College, Suite 1001
Cleveland, Texas 77327
#281-592-6000

* Board Certified by the American Board of Pediatrics



LIVINGSTON/CLEVELAND PEDIATRICS

• Marlo Brawner, MD, FAAP*

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar la información médica sobre usted, y cómo puede acceder a dicha información. **Por favor, revíselo detenidamente.**

Sus derechos: Usted tiene derecho a:

- Obtener una copia de su expediente médico, ya sea en papel o electrónico.
- Corregir su expediente médico en papel o electrónico.
- Solicitar comunicación confidencial
- Solicitarnos que limitemos la información que compartimos.
- Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información.
- Obtener una copia de este aviso de privacidad.
- Elegir a alguien para que actúe en su nombre.
- Presentar una queja si considera que se han violado sus derechos de privacidad.

Sus opciones: Usted tiene algunas opciones respecto a la forma en que utilizamos y compartimos la información cuando:

- Informamos a familiares y amigos sobre tu condición.
- Brindamos ayuda ante desastres.
- Lo incluimos en un directorio hospitalario.
- Brindamos atención de salud mental.
- Se promocionamos nuestros servicios y vendemos su información.
- Recaudamos fondos.

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos utilizar y compartir su información mientras que:

- Le brindamos tratamiento.
- Gestionamos nuestra organización.
- Facturamos sus servicios
- Ayudamos con cuestiones de salud y seguridad pública.
- Realizamos investigaciones.
- Cumplamos con la ley.
- Respondamos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos
- Trabajamos con un médico forense o un director de funeraria
- Atendamos asuntos de compensación a los trabajadores, fuerzas del orden y otras solicitudes gubernamentales
- Respondamos a demandas y acciones legales

En lo que respecta a su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtenga una copia electrónica o en papel de su expediente médico:

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico y de otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, por lo general dentro de los 30 días siguientes a su solicitud. Es posible que cobremos una tarifa razonable basada en los costos.

Pídanos que corrijamos su historial médico.:

- Puede solicitarnos que corrijamos información de salud sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Es posible que rechacemos su solicitud, pero le explicaremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.

400 Ogletree Drive
Livingston, Texas 77351
#936-328-8812

Fax: 936-328-8815

203 N. College, Suite 1001
Cleveland, Texas 77327
#281-592-6000

* Board Certified by the American Board of Pediatrics



LIVINGSTON/CLEVELAND PEDIATRICS

• Marlo Brawner, MD, FAAP*

Solicitar comunicaciones confidenciales:

- Puede solicitarnos que nos pongamos en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono fijo o de oficina) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.

Pídanos que limitemos lo que utilizamos o compartimos:

Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos cierta información de salud para fines de tratamiento, pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a acceder a su solicitud, y podríamos negarnos si ello afectara su atención médica.

- Si paga de su propio bolsillo y en su totalidad un servicio o artículo de atención médica, puede solicitarnos que no compartamos dicha información con su aseguradora de salud para fines de pago o de nuestras operaciones. Responderemos afirmativamente, a menos que alguna ley nos exija compartir dicha información.

Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido información:

- Puede solicitar una lista (un registro) de las ocasiones en que hemos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, a excepción de aquellas relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, así como ciertas otras divulgaciones (tales como aquellas que usted nos haya solicitado realizar). Le proporcionaremos un informe de divulgaciones al año de forma gratuita; no obstante, cobraremos una tarifa razonable basada en los costos si solicita otro informe dentro de un plazo de 12 meses.

Obtenga una copia de este aviso de privacidad.:

Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirlo por vía electrónica. Le proporcionaremos una copia impresa a la brevedad.

Elija a alguien para que actúe en su nombre.:

- Si ha otorgado a alguien un poder notarial médico, o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona cuente con esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presente una queja si considera que se han violado sus derechos:

- Puede presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos, poniéndose en contacto con nosotros a través de la información que figura en la página 1..
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

Puede indicarnos sus preferencias sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara respecto a la forma en que compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, comuníquese con nosotros. Díganos qué desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene tanto el derecho como la opción de indicarnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Desea compartir información en una situación de ayuda ante desastres.
- Incluyamos su información en un directorio hospitalario.

Si no puede comunicarnos su preferencia —por ejemplo, si se encuentra inconsciente—, podremos proceder a compartir su información si consideramos que ello redundará en su mejor interés. Asimismo, podremos compartir su información cuando sea necesario para mitigar una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:

400 Ogletree Drive
Livingston, Texas 77351
#936-328-8812

Fax: 936-328-8815

203 N. College, Suite 1001
Cleveland, Texas 77327
#281-592-6000

* Board Certified by the American Board of Pediatrics



LIVINGSTON/CLEVELAND PEDIATRICS

• Marlo Brawner, MD, FAAP*

- Fines de marketing

- Venta de su información
- La mayor parte del intercambio de notas de psicoterapia

En el caso de la recaudación de fondos:

- Es posible que nos pongamos en contacto con usted para iniciativas de recaudación de fondos, pero puede indicarnos que no volvamos a contactarlo.

Nuestros usos y divulgaciones: ¿Cómo utilizamos o compartimos habitualmente su información de salud?

Por lo general, utilizamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras:

Tratamiento:

- Podemos utilizar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo están tratando.
- *Ejemplo: Un médico que te está tratando por una lesión le pregunta a otro médico sobre tu estado de salud general.*

Dirigir nuestra organización:

Podemos utilizar y compartir su información de salud para gestionar nuestra práctica, mejorar su atención y contactarlo cuando sea necesario.
Ejemplo: Utilizamos información de salud sobre usted para gestionar su tratamiento y sus servicios.

Factura por sus servicios:

Podemos utilizar y compartir su información de salud para facturar y recibir pagos de planes de salud u otras entidades.
Ejemplo: Proporcionamos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague por sus servicios.

¿De qué otras formas podemos utilizar o compartir su información de salud?

Estamos autorizados o obligados a compartir su información de otras maneras —generalmente de formas que contribuyen al bien público, tales como la salud pública y la investigación—. Debemos cumplir con muchas condiciones establecidas en la ley antes de poder compartir su información para estos fines. Para más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayuda con cuestiones de salud y seguridad pública:

Podemos compartir información de salud sobre usted en ciertas situaciones, tales como:

- Prevención de enfermedades
- Asistencia con la retirada de productos
- Notificación de reacciones adversas a medicamentos
- Denuncia de presunto abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

Realizar investigaciones: Podemos utilizar o compartir su información para investigaciones de salud.

Cumplir con la ley. Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales así lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, si este desea verificar que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos. Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.

Trabajo con un médico forense o director de funeraria. Podemos compartir información de salud con un forense, médico forense o director de funeraria cuando una persona fallece.

Atender solicitudes relacionadas con la compensación a los trabajadores, las autoridades policiales y otras entidades gubernamentales.

Podemos utilizar o compartir información de salud sobre usted:

- Para reclamaciones de compensación para trabajadores

400 Ogletree Drive
Livingston, Texas 77351
#936-328-8812

Fax: 936-328-8815

203 N. College, Suite 1001
Cleveland, Texas 77327
#281-592-6000

* Board Certified by the American Board of Pediatrics



LIVINGSTON/CLEVELAND PEDIATRICS

• Marlo Brawner, MD, FAAP*

- Para fines de aplicación de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley
- Con organismos de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales, tales como las militares, de seguridad nacional y de servicios de protección presidencial.
- Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación judicial.

Nuestras responsabilidades

- Por ley, estamos obligados a mantener la privacidad y la seguridad de su información de salud protegida.
- Le notificaremos a la brevedad si se produce una vulneración que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con los deberes y las prácticas de privacidad descritos en este aviso y entregarle una copia del mismo.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de manera distinta a la descrita aquí, a menos que nos autorice a hacerlo por escrito. Si nos otorga dicha autorización, podrá cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

Para más información, véa: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios en los términos de este aviso

Podemos modificar los términos de este aviso, y dichos cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible previa solicitud, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

Acuse de recibo por escrito del Aviso de prácticas de privacidad del Sistema de prestación integrada de Livingston/Cleveland Pediatrics

Al firmar a continuación, usted reconoce haber recibido (previa solicitud) el Aviso de Prácticas de Privacidad del Sistema de Prestación Integrada de Livingston/Cleveland Pediatrics (LPCPA IDS) (en adelante, el "Aviso"). Este Aviso explica de qué manera el LPCPA IDS puede utilizar y divulgar su información de salud protegida con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Por información de salud protegida se entiende su información personal de salud que se encuentra en sus expedientes médicos y de facturación.

LPCPA IDS se reserva el derecho de modificar este Aviso en cualquier momento. Se publicará una copia del Aviso vigente, o un resumen del mismo, en las áreas de atención al paciente de cada una de nuestras locaciones y en nuestro sitio web www.livpeds.com. La fecha efectiva del Aviso aparecerá en la primera página del Aviso o del resumen. Además, cada vez que usted se registre al llegar o al salir de Livingston/Cleveland Pediatrics para recibir tratamiento, Livingston/Cleveland Pediatrics tendrá a su disposición, previa solicitud, una copia del Aviso vigente en ese momento.

Su firma a continuación únicamente confirma que, previa solicitud, recibió una copia de este Aviso.

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, por favor comuníquese con la Oficial de Privacidad de Livingston/Cleveland Pediatrics, Julie Lairmore, en la extensión 301, o hable hoy mismo con un empleado para obtener información de contacto adicional.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____
Parent/Guardian Printed Name: _____ Relationship: _____
Nombre del paciente: _____ Fec. Nac. Del paciente: _____

PROGRAMA DE VACUNAS PARA NIÑOS DE TEXAS (TVFC) REGISTRO DE EVALUACIÓN DE ELEGIBILIDAD DEL PACIENTE

Se debe mantener un registro en el consultorio del proveedor de atención médica que refleje el estado de todos los niños de 18 años o menos que reciban vacunas a través del Programa de Vacunas para Niños de Texas (Texas Vaccines for Children Program). Este registro puede ser completado por el padre, el tutor o la persona designada en el expediente. Este mismo registro puede utilizarse para todas las visitas posteriores, siempre y cuando el estado de elegibilidad del niño no haya cambiado; si la elegibilidad del paciente cambia, se debe completar un nuevo formulario. Si bien no se requiere verificar las respuestas, es necesario conservar este registro —o uno similar— de evaluación de elegibilidad para cada niño que reciba vacunas bajo el Programa TVFC.

400 Ogletree Drive
Livingston, Texas 77351
#936-328-8812

Fax: 936-328-8815

203 N. College, Suite 1001
Cleveland, Texas 77327
#281-592-6000

* Board Certified by the American Board of Pediatrics



LIVINGSTON/CLEVELAND PEDIATRICS

• Marlo Brawner, MD, FAAP*

Nombre del niño(a):

Nombre _____ ISN _____

Apellido _____

Fec. Nac. Del Paciente: _____
mm/dd/año

Edad: _____

Padre/Tutor/Persona de referencia: _____
Apellido _____ Nombre _____

ISN _____

Nombre del proveedor/clínica: LIVINGSTON/CLEVELAND PEDIATRICS

Por favor, marque la categoría que corresponda; marque solo una.

- ☐ (a) Está inscrito en Medicaid, o
- ☐ (b) No tiene seguro médico (sin seguro), o
- ☐ (c) es un indio americano, o
- ☐ (d) es un nativo de Alaska, o
- ☐ (e) es un paciente que recibe beneficios del Children's Health Insurance Plan (CHIP)
- ☐ (f) Está insuficientemente asegurado: 1) Tiene seguro de salud comercial (privado), pero la cobertura no incluye vacunas.; o 2) El seguro cubre únicamente vacunas seleccionadas (elegibilidad para TVFC solo para vacunas no cubiertas); o 3) El seguro limita la cobertura de vacunas a una cantidad determinada. Una vez alcanzado dicho monto de cobertura, el niño es clasificado como subasegurado.

Los niños con cobertura de seguro privado completa ya no son elegibles para la vacuna del TVFC.

- ☐ (g) Tiene seguro privado que cubre las vacunas (no es elegible para TVFC)

Firma: _____

Fecha: ☐

Salvo contadas excepciones, usted tiene derecho a solicitar y a ser informado sobre la información que el Estado de Texas recopila acerca de usted. Usted tiene derecho a recibir y revisar dicha información previa solicitud. Asimismo, tiene derecho a solicitar a la agencia estatal que corrija cualquier información que se determine que es incorrecta. Consulte <http://www.dshs.state.tx.us> para obtener más información sobre la Notificación de Privacidad. (Referencia: Government Code, Section 552.021, 552.023, 559.003, and 559.004)
Texas Department of State Health Services Stock No. C-10
Immunization Branch Revised 12/20

400 Ogletree Drive
Livingston, Texas 77351
#936-328-8812

Fax: 936-328-8815

203 N. College, Suite 1001
Cleveland, Texas 77327
#281-592-6000

* Board Certified by the American Board of Pediatrics