

**Programa de Vacunas para los Niños de Texas (TVFC)
Registro de determinación del derecho a la participación del paciente**

En el consultorio de un proveedor de salud debe mantenerse un registro de determinación del derecho a la participación de todos los niños de 18 años de edad o menos que reciban inmunizaciones por medio del Programa TVFC. Dicho registro lo puede rellenar el padre o la madre, el tutor, el individuo cuyo nombre consta en el registro o el proveedor de salud. En cada visita de inmunización debe determinarse y documentarse el derecho a la participación en el programa TVFC para asegurarse de que la persona tenga derecho a participar en el programa. Aunque no se requiere verificar las respuestas, es necesario conservar este registro, o uno similar, por cada niño que reciba vacunas bajo el Programa TVFC.

1. Nombre del niño o niña: _____
Apellido Primer nombre Inicial del 2.º nombre

2. Fecha de nacimiento del niño o niña: _____
mm/dd/aaaa

3. Padre o madre, tutor o individuo cuyo nombre consta en el registro:

Apellido Primer nombre Inicial del 2.º nombre

4. Nombre del proveedor primario:

B.K.H.C

Apellido Primer nombre Inicial del 2.º nombre

5. Para determinar si un niño o niña (de 0 a 18 años de edad) cumple los requisitos estatales o federales para recibir las vacunas mediante el Programa TVFC, en cada inmunización o visita médica anote la fecha y marque la categoría apropiada de derecho a la participación. *Si se ha marcado una columna de la A a la F, el niño o niña tiene derecho a participar en el programa TVFC. Si se ha marcado la columna G, el niño o niña no reúne los requisitos para participar en el programa TVFC.*

Fecha	Con derecho a participar en el Programa de vacunas VFC				Con derecho a participación estatal		No cumple los requisitos para participar
	A	B	C	D	E	F	G
	Inscrito en Medicaid	No tiene seguro médico	Indio americano o nativo de Alaska	*Con seguro insuficiente, recibe atención de un FQHC, una RHC o un proveedor autorizado	**Inscrito en el CHIP	***Otras situaciones de seguro insuficiente	Tiene seguro médico que cubre las vacunas
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**El seguro insuficiente incluye a los niños cuyo seguro médico no incluye las vacunas o solo cubre ciertos tipos específicos de vacunas. Los niños solo tienen derecho a recibir las vacunas que no están cubiertas por un seguro. Además, para recibir las vacunas del Programa VFC, los niños con seguro insuficiente deben ser vacunados en un Centro de Salud Federalmente Calificado (FQHC) o en una Clínica de Salud Rural (RHC), o por un proveedor aprobado y autorizado. El proveedor autorizado debe tener un acuerdo por escrito con un FQHC o una RHC y con el programa de inmunización estatal, local o territorial para poder vacunar a los niños con seguro insuficiente.*

***Niños inscritos en el Programa estatal separado de Seguro Médico Infantil (CHIP). Estos niños se consideran asegurados y tienen derecho a recibir vacunas mediante el programa TVFC siempre y cuando el proveedor facture al CHIP el importe de la administración de la vacuna.*

****Otros niños con seguro insuficiente son aquellos cuyo seguro es insuficiente pero que además no tienen derecho a recibir vacunas federales por medio del programa VFC porque el proveedor o el centro no es un FQHC o una RHC, o no es un proveedor autorizado. Sin embargo, estos niños pueden ser atendidos si las vacunas son proporcionadas por el programa estatal para dar cobertura a aquellos niños que no tienen derecho a beneficiarse del programa VFC.*

Brownsville Kiddie Health Center

Historia de Salud Pediátrica

Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F

El Embarazo y el Parto

G (Número de Embarazos) _____ **P** (Número de Partos) _____ **AB** (Número de mal partos y abortos) _____
 Número de hijos vivos _____ Edad de la madre al momento del parto _____ Años entre el embarazo previo y este hijo _____
 ¿En qué trimestre comenzó el cuidado prenatal? 1 2 3 Su doctor de cuidado prenatal _____
 Tomó vitaminas: Sí No Tomó hierro: Sí No Lugar donde tuvo el parto _____
 ¿Tuvo un embarazo, parto, y amamantamiento sin complicaciones? Sí No (Si sí, siga a La Historia Médica del Niño)

Complicaciones Maternales

- Enfermedades dentales
- Sangrado vaginal
- Alta presión
- Parto prematuro
- Gripe o alta temperatura
- Infección del riñón o la vejiga
- Anemia
- Diabetes
- Enfermedades transmitidas sexualmente
- Lesiones / Hospitalización / Cirugías
- Tiene sangre negativa para Rh
- Ha sido expuesta al tuberculosis
- Ha sido expuesta al plomo o a químicos

Abuso de Sustancias por la Mamá

- Medicinas sin receta _____
- Medicinas con receta _____
- Tabaco _____
- Alcohol _____
- Drogas _____
- Cafeína _____

El Parto y el Nacimiento

- Lugar donde tuvo el parto _____
- Con quién nació _____
- Horas que duró el parto _____
- Fue un embarazo a término (40 semanas)
- Nació prematuro el niño por _____ semanas
- Fue un embarazo de más de 42 semanas

Tipo de Parto

- Vaginal
- Cesárea
- Se usaron pinzas

Complicaciones

- Venía sentado durante el parto
- Parto múltiple
- Otra

Explicación / Otro: _____

Estancia en los Cuneros

- El bebé batalló para respirar
- Soplos en el corazón

Peso del bebé _____ lbs. _____ oz.

- Infección
- Transfusión de sangre

Medida de largo _____

- Tuvo alta bilirrubina (Nació amarillo)
- Convulsiones

Medida de la cabeza _____

Oxígeno

Estuvo en el hospital _____ días

Estuvo en terapia intensiva _____ días

Evaluación del bebé (fecha / lugar): _____

Comentarios: _____

La Historia Médica del Niño

Las vacunas están al corriente: Sí No Record no está disponible

El cuidado dental está al corriente: Sí No

- | | | | | |
|--|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Trauma / Lesiones | <input type="checkbox"/> Caries | <input type="checkbox"/> Vejiga / Riñones | <input type="checkbox"/> Problemas del oído | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Hospitalizaciones | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Infecciones | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Eczema |
| <input type="checkbox"/> Cirugías | <input type="checkbox"/> Estreptococo | <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Usa sustancias |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos | <input type="checkbox"/> Infecciones del oído | <input type="checkbox"/> Retrasos del desarrollo | <input type="checkbox"/> Ha sido expuesto a | (alcohol, drogas, tabaco) |
| <input type="checkbox"/> Anemia | | <input type="checkbox"/> Problema de la visión | <input type="checkbox"/> toxinas (plomo, etc.) | |

Explicaciones / Otro: _____

La Historia Médica de la Familia

Edad de la Madre: _____

Edad del Padre: _____

Número de Hermanos del Paciente: _____

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia / Problemas en la sangre | <input type="checkbox"/> Epilepsia / Convulsiones | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Desórdenes de aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Problemas del Riñón | <input type="checkbox"/> Problemas inmunológicos | <input type="checkbox"/> Retardo mental |
| <input type="checkbox"/> Problemas del colesterol | <input type="checkbox"/> Problemas en los músculos | <input type="checkbox"/> Caries dental | <input type="checkbox"/> Desórdenes psiquiátricos |
| <input type="checkbox"/> Alta Presión / Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Problemas en los huesos | <input type="checkbox"/> Abuso de las drogas o el alcohol | <input type="checkbox"/> Violencia doméstica |
| <input type="checkbox"/> Asma / Alergias | <input type="checkbox"/> Problemas en los oídos | <input type="checkbox"/> Uso del tabaco | <input type="checkbox"/> Abuso físico / sexual / emocional |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Enfermedades genéticas o defectos de nacimiento | <input type="checkbox"/> Hay alguien en casa que tiene VIH (no lo identifique) | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | | | |

Explicaciones / Otro: _____

La Familia

El paciente vive con: Su Madre Su Padre Un Padrastro Su abuelo o abuela Otro: _____

Fecha: _____

Firma del Padre o Guardián: _____

Brownsville Kiddie Health Center
Aviso sobre nuestras Prácticas de Privacidad

EL SIGUIENTE AVISO DESCRIBE COMO PODRIA SER USADA Y REVELADA SU INFORMACIÓN MEDICA, Y COMO PUEDE USTED TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. PORFAVOR LEA ESTA INFORMACIÓN CUIDADOSAMENTE.

Nosotros entendemos que la información de sus cuidados médicos es algo personal. A Brownsville Kiddie Health Center se le requiere mantener la confidencialidad e informarle a usted con este aviso de las obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica. Una copia en papel de esta noticia se le facilita a todos los pacientes, y cualquier revisión a estas prácticas de privacidad se le presentarán al paciente cuando sea necesario.

Nosotros podríamos usar o revelar su información médica por las siguientes razones:

Tratamiento – información confidencial de su salud podría compartirse con otros proveedores de servicios de salud.

Pago – información confidencial de su salud podría ser usada para obtener reembolsos de las compañías de seguro por servicios prestados.

Operaciones – información confidencial de su salud podría ser usada para otras funciones dentro de esta oficina, incluyendo el contactarle a usted para citas y otros recordatorios.

Si la ley lo requiere – las leyes locales, estatales o federales podrían requerirnos a revelar información, como en casos de sospecha de abuso infantil.

Nosotros podríamos usar o revelar información acerca de nuestros pacientes cuando sea necesario para prevenir amenazas serias a su salud, seguridad, o a la salud o seguridad del público o de cualquier otra persona, incluyendo a otros proveedores de servicios médicos. La Secretaría de Salud y Servicios Humanos (Secretary of Health and Human Services) también podría requerir información si fuera necesario.

Riesgos a la salud pública – información confidencial de su salud podría revelarse para actividades de salud pública, incluyendo: la prevención o el control de las enfermedades, heridas, o incapacidades; para reportar reacciones y medicamentos o problemas con productos; para avisar al público de la recolección de productos; para notificar a alguna persona que podría haber sido expuesta a una enfermedad, o pudiera estar en riesgo de contraer o diseminar una enfermedad.

Demandas y Disputas – si usted está involucrado en litigios, nosotros podríamos revelar información médica confidencial como resultado de un mandato judicial, o una orden administrativa. Información médica confidencial podría también ser revelada como resultado de un requerimiento legal, requerimiento de descubrimiento o cualquier otro proceso legal.

Funciones Gubernamentales – información confidencial de su salud podría revelarse cuando incluye (a) información médica de personal militar si es requerida por el ejército, (b) información médica de un prisionero, a una institución correccional o a un oficial de la policía, (c) en respuesta a un requerimiento de la policía, y (d) por razones de seguridad nacional.

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica confidencial:

1. Usted tiene el derecho de solicitar restricciones en ciertos usos y accesos, sin embargo, Brownsville Kiddie Health Center no está obligado a concederle todas las restricciones que usted requiera. Si Brownsville Kiddie Health Center accede a restricciones, serán documentadas y serán seguidas por acuerdo. Nosotros no podemos limitar los usos o accesos a información cuando sean requeridos por la ley, o en situaciones de emergencia.
2. Usted tiene el derecho de revisar, inspeccionar y copiar su información. Usted debe incluir una petición escrita a Brownsville Kiddie Health Center, y nosotros reservamos el derecho de cobrar una cuota por los costos de las copias, servicios postales, y cualquier otro costo administrativo.
3. Usted tiene el derecho de corregir su información médica si usted piensa que está incorrecta o incompleta. Usted debe incluir por escrito las razones por las cuales piensa que su información no es precisa. Brownsville Kiddie Health Center no puede coincidir con usted si en su mejor opinión profesional, piensa que no hay problema con su información. Cualquier desacuerdo puede ser discutido en bases particulares.
4. Usted tiene el derecho de solicitar una lista de los accesos a su información después de Abril 14, del año 2003, que haya sido por cualquier razón excepto tratamiento, pagos, operaciones, accesos legales, y otros accesos relacionados con el gobierno. Una solicitud por escrito deberá ser entregada y en un tiempo no mayor de seis (6) años.
5. Usted puede solicitar que la información le sea mandada por diferentes métodos o direcciones, como a una dirección específica o un número telefónico. De cualquier modo, usted debe de solicitar dichas acciones por escrito.
6. Si usted autoriza a Brownsville Kiddie Health Center a usar o revelar información para cualquier otro propósito, usted tiene el derecho de revocar su autorización por escrito cuando usted lo quiera.

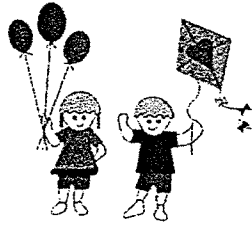
Si usted tiene alguna pregunta, por favor contacte a Brownsville Kiddie Health Center, localizado en 95 E. Price Road, Edificio E, Brownsville, Texas 78521, o llame a nuestro teléfono 956-504-6080. Si usted piensa que sus derechos han sido violados por favor contacte a Brownsville Kiddie Health Center, o la Secretaría de Salud y Servicios Humanos (Secretary of Health and Human Services). No habrá ninguna represalia si usted pone una queja.

Brownsville Kiddie Health Center reserva el derecho de cambiar o reformar este Aviso sobre Prácticas de Privacidad. Se aplicará a información médica que ya tenemos, así como a información que recibamos en el futuro. Las revisiones a el Aviso de Prácticas de Privacidad serán publicadas en nuestra oficina, y le serán entregadas a usted si lo pide.

Fecha Efectiva: Noviembre de 2011 – Revisión 2

Firma: _____ **Fecha:** _____

Brownsville Kiddie Health Center



Carmen D. Rocco, MD
Pediatrics

95. E PRICE RD., BULIDING F, SUITE A – BROWNSVILLE, TX 78521
OFFICE: 956- 504-6080 FAX 956-504-6419

GENERAL CONSENT FOR TREATMENT

I, _____, AUTHORIZE THE BROWNSVILLE KIDDIE HEALTH CENTER'S MEDICAL PROVIDERS AND HIS/HER ASSISTANTS OR HIS/HER DESIGNEE TO CARRY OUT MEDICAL AND DIAGNOSTIC PROCEDURES THAT MAY BE DEEMED NECESSARY AND/OR ADVISABLE FOR MY CHILD'S HEALTH CARE.

I, _____, VOLUNTARILY CONSENT TO THESE SERVICES. I ALSO ACKNOWLEDGE THAT THE PRACTICE OF MEDICINE IS NOT AN EXACT SCIENCE AND THAT NO GUARANTEES HAVE BEEN MADE TO ME AS TO THE RESULT OF SUCH TREATMENT OR EXAMINATION.

=====

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO

Yo, _____, AUTORIZO A LOS MÉDICOS DE BROWNSVILLE KIDDIE HEALTH CENTER Y A SUS ASISTENTES A REALIZAR PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y DE DIAGNÓSTICO QUE PUDIERAN CONSIDERARSE NECESARIOS O ACONSEJABLES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD DE MI HIJO/A.

Yo, _____, VOLUNTARIAMENTE DOY MI CONSENTIMIENTO PARA ESTOS SERVICIOS. TAMBIÉN ADMITO QUE LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA NO ES UNA CIENCIA EXACTA Y NO ME GARANTIZA EL RESULTADO DE TRATAMIENTO O EXAMEN.

PATIENT'S NAME/NOMBRE DEL PACIENTE

CHART NUMBER

SIGNATURE/FIRMA

DATE/FECHA

RELATIONSHIP TO PATIENT/
RELACIÓN AL PACIENTE

BKHC WITNESS/ TESTIGO DE BKHC

Brownsville Kiddie Health Center

"Permission for Medical Health Service & Medical Information."

"Permiso de Servicios Medicos e Informacion Medica"

Patient's Name: _____ Date of birth: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

*Please list the individuals who you give permission to bring patient to our office for medical health service.

*Por favor liste las personas que usted autoriza a traer al paciente a nuestra oficina para recibir servicios medicos de salud.

Mother/ Madre: _____ Father/Padre: _____

Cell # _____ Cell # _____

Person's Name Nombre de persona	Relationship to the Child Relación con el Niño	Phone Number Num. de teléfono
1. _____	1. _____	1. _____
2. _____	2. _____	2. _____
3. _____	3. _____	3. _____

*Please list the individuals who you authorized to access & release Medical Records of the patient.

*Por favor liste las personas que usted autoriza para accede a los Registros Medicos del paciente.

Person's Name Nombre de la Persona	Relationship to the Child Relación con el Niño
1. _____	1. _____
2. _____	2. _____
3. _____	3. _____

Guardian Signature
Firma de la Guardian

Date
Fecha

Brownsville Kiddie Health Center

Carmen Rocco, M.D. (Pediatrics)

PATIENT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL PACIENTE			Please Check One: <input type="checkbox"/> New Patient / Paciente Nuevo <input type="checkbox"/> Updated Information / Nueva Información	
Child's Name / Nombre del Niño	Social Security # Num. Seg. Social	Child's Age Edad del Niño	Sex / Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Child's Birth Date Fecha de Nacimiento
Child's Home Address / Dirección		City / State / Zip Code Ciudad / Estado / Código Postal		Cell Phone # Num. de Teléfono
In Case of Emergency Contact (Name-Relationship-Phone #) / Un contacto en caso de una emergencia (Nombre-Relación-Num. de Tel.)				
Referred by: / Quién lo refirió a Ud.?				
RESPONSIBLE PARTY OR GUARANTOR INFORMATION / INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA RESPONSABLE: Favor de llenar la siguiente sección si el paciente NO es responsable de pagar la cuenta.				
Name / Nombre		Sex / Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Relationship to Patient / Relación con el Paciente <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Other Padre Madre Otro
Birth Date / Fecha de Nac.		Address / Dirección		City / State / Zip Code Ciudad / Estado / Código Postal
Cell Phone / Teléfono		Social Security Num./ Num. de Seguro Social		
Employer / Empleador		Employer's Address Dirección del Empleador		Work Phone Num. Tel. de Trabajo
Driver's License Licencia de Manejar				
INSURANCE INFORMATION / INFORMACIÓN DEL SEGURO Please present insurance card(s) to the Receptionist in addition to completing the area below Por favor presente la tarjeta de seguro al recepcionista y llene el siguiente área				
Insurance Company Name / Nombre de la Compañía de Seguros		Identification # / # Identificación		Group # / # de Grupo
Insurance Company Address (City / State / Zip Code) / Dirección de Compañía de Seguros				
Name of Policy Holder / Nombre del Subscriptor:		Date of Birth / Fecha de Nac.		Relationship to Policy Holder / Relación con el Paciente
Additional Insurance / Seguro Adicional		Identification # / # Identificación		Group # / # de Grupo
Insurance Company Address (City / State / Zip Code) / Dirección de Compañía de Seguros				
Name of Policy Holder / Nombre del Subscriptor:		Date of Birth / Fecha de Nac.		Relationship to Policy Holder / Relación con el Paciente
Medicaid Number / Número de Medicaid				
ADDITIONAL INFORMATION / INFORMACIÓN ADICIONAL				
Please list drugs that your child is currently taking: Por favor liste los medicamentos que su hijo toma actualmente: _____				
Allergic to: Es alérgico a: _____				
Please discuss any serious medical problems that your child has had: Por favor mencione cualquier problema médico serio que su hijo haya tenido: _____				
I request that payment of authorized insurance benefits be made on my behalf to the provider indicated above for any services furnished to me. I authorize any holder of medical information about my child to release to the insurance company any information needed to determine these benefits payable for related services. A photocopy of the assignment is to be considered as valid as the original until revoked. I understand that I am financially responsible for all charges whether or not covered by said insurance. Pido que los pagos de beneficios autorizados por mi seguro sean hechos directamente al proveedor indicado anteriormente por cualquier servicio que he recibido. Autorizo la entrega de cualquier información médica, propia o de mis dependientes, a la compañía de seguro necesaria para que determinen los beneficios o cualquier otro servicio relacionado. Una copia de esta asignación de beneficios será considerada válida como el original hasta ser revocada. Yo entiendo que soy responsable financieramente por todos los cargos y cobros que dicho seguro cubra o no cubra.				
X _____ Signature of Parent or Guardian / Firma del Padre o Tutor			_____ Date / Fecha	

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Yo autorizo el uso y la divulgación del expediente médico de:

Nombre del Paciente: _____

Dirección: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Yo autorizo que la siguiente entidad divulgue el expediente médico de la persona mencionada anteriormente:

Esta información puede ser divulgada y usada por la siguiente persona u organización:

Brownsville Kiddie Health Center / Carmen D. Rocco, MD

95 E. Price RD., Edificio F, Suite A, Brownsville, TX 78521

Teléfono #: (956) 504 – 6080 Fax #: (956) 504 – 6419

Office# _____

Fax# _____

La información que será divulgada:

Todos los récords médicos Vacunas

Reportes de laboratorio Otra: _____

Cubriendo los siguientes periodos de atención médica: _____ a _____

Con respecto al siguiente propósito: _____

Yo entiendo que la información en mi expediente médico puede incluir información relacionada a enfermedades transmitidas sexualmente, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre su salud mental, y el tratamiento para el abuso del alcohol y las drogas.

____ Si, doy mi consentimiento a la divulgación de esta información _____ No, no doy mi consentimiento a la divulgación de esta información

Yo entiendo que la información divulgada es para el propósito indicado anteriormente.

Yo entiendo que tengo el derecho de anular esta autorización en cualquier momento. Yo entiendo que si anulo esta autorización, lo debo hacer por escrito y debo presentar mi anulación escrita al individuo u organización que está divulgando mi expediente. Yo entiendo que la anulación no aplicará a la información que ya ha sido divulgada y que tomará efecto el día que sea presentada. Yo entiendo que la anulación no aplicará a mi seguro médico cuando la ley le da a mi asegurador el derecho a impugnar un reclamo bajo su póliza. Al menos que sea anulada, esta autorización se expira cuando se responda a esta solicitud de mi información médica o en la siguiente fecha:

Fecha de expiración: _____

Yo entiendo que el autorizar la divulgación de mi expediente médico es voluntario. Sé que puedo negar a firmar esta forma. No es necesario que yo firme esta forma para asegurar que reciba tratamiento médico. Yo entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que será usada o divulgada, tal como se indica en el CFR 164.524. Yo entiendo que después de la divulgación, esta información puede ser divulgada otra vez sin mi autorización y que puede que la información no sea protegida bajo las reglas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi expediente médico, puedo llamar a: **BKHC al 956-504-6080.**

Firma del padre / Representante Legal

Fecha

Relación al paciente

Testigo

COMPLETE SOLAMENTE SI LA INFORMACIÓN SERÁ DIVULGADA DIRECTAMENTE AL PACIENTE

Yo entiendo que mi expediente médico puede contener reportes, resultados, y notas que solamente un médico puede interpretar. Yo entiendo y se me ha informado que debo de comunicarme con mi médico con respecto a los apuntes que se han hecho en mi expediente médico para prevenir que yo malinterprete la información contenida en estos apuntes. Yo no haré a **Brownsville Kiddie Health Center** responsable por la malinterpretación de la información contenida en mi expediente médico por no haber consultado con mi médico para la interpretación correcta.

Firma del Paciente o el Representante Legal

Fecha

Relación al paciente

Testigo