



CHILDREN'S HOSPITAL
SUB-SPECIALISTS
OF CENTRAL TEXAS

www.speciallyforchildren.com

**PEDIATRIC ALLERGY, ASTHMA,
& IMMUNOLOGY**

(512) 628-1870
Jackee T. Kayser, M.D.
Howard M. Rosenblatt, M.D.

**PEDIATRIC & ADOLESCENT
DERMATOLOGY**

(512) 628-1920
Moise L. Levy, M.D.

PEDIATRIC ENDOCRINOLOGY

(512) 628-1830
Susan B. Nunez, M.D.
Rajani Prabhakaran, M.D.
Carla R. Scott, M.D.

PEDIATRIC GASTROENTEROLOGY

(512) 628-1810
Rahel Berhane, M.D.
David J. Easley, M.D.
Sujal C. Rangwalla, D.O.
Kathleen D. Sanders, M.D.
R. Jeff Zwiener, M.D.

**CLINICAL GENETICS/METABOLIC
GENETICS**

(512) 628-1840
LaDonna L. Immken, MD, F.A.A.P., F.A.C.M.G.
James B. Gibson, M.D., Ph.D.

PEDIATRIC HEMATOLOGY/ONCOLOGY

(512) 628-1900
Virginia L. Harrod, M.D., Ph.D.
Sharon K. Lockhart, M.D.
Philip E. Neff, M.D.
Linda G. Shaffer, M.D.
Donald T. Wells, M.D.

PEDIATRIC INFECTIOUS DISEASE

(512) 628-1820
Marisol Fernandez, M.D.
Sarmistha B. Hauger, M.D.

PEDIATRIC NEPHROLOGY

(512) 628-1860
Phillip L. Berry, M.D.
Ellen M. Grimm, M.D.
David H. Simon, M.D., M.P.H.

PEDIATRIC NEUROLOGY

(512) 628-1850
Dave F. Clarke, M.D.
Dilip J. Karnik, M.D.
Ezam Ghodsi, M.D.
Jeffrey S. Kane, M.D.
Jeffrey S. Kerr, M.D.
Michael S. Reardon, M.D.
Karen C. Richards, M.D.

PEDIATRIC PALLIATIVE CARE

(512) 628-1890
Sarah M. Legett, M.D.

PEDIATRIC RHEUMATOLOGY

(512) 628-1880
Ruy Carrasco, M.D.
Lisa K. Petiniot, M.D.

BIENVENIDO A 'SPECIALLY FOR CHILDREN

ESPERAMOS QUE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN LE SEA ÚTIL. LE SUGERIMOS FIRMEMENTE QUE SIGA LAS PAUTAS QUE SE MENCIONAN ABAJO, YA QUE LO AYUDARÁN A ACELERAR EL PROCESO PARA LA ATENCIÓN DE SU HIJO(A).

POR FAVOR, ASEGÚRESE DE TRAER LA SIGUIENTE INFORMACIÓN A SU CITA:

1. UNA TARIETA VÁLIDA DE SEGURO MÉDICO O MEDICAID Y UNA IDENTIFICACIÓN CON FOTO EXPEDIDA POR EL GOBIERNO – LICENCIA DE MANEJO O TARJETA DE IDENTIFICACIÓN.
2. LA REMISIÓN/AUTORIZACIÓN PROVEÍDA POR EL MÉDICO FAMILIAR DE SU HIJO(A).
3. EL COPAGO DEL SEGURO Y/O DEDUCIBLE SE HARÁ AL MOMENTO DE LA CITA.

**** PUESTO QUE NO SABEMOS LOS DETALLES DE TODAS Y CADA UNA DE LAS PÓLIZAS DE SU SEGURO, TENEMOS QUE VERIFICAR QUE LA COBERTURA DEL MISMO. ASEGÚRESE DE FAMILIARIZARSE CON LOS SERVICIOS Y PROCEDIMIENTOS QUE CUBRE Y QUE NO CUBRE SU SEGURO MÉDICO.**

POR FAVOR, LLEGUE CON SUFICIENTE TIEMPO A NUESTRO EDIFICIO PARA QUE LE ALCANCE A ENCONTRAR ESTACIONAMIENTO. SE VA A REQUERIR QUE PAGUE EL ESTACIONAMIENTO AL SALIR. LE RECOMENDAMOS QUE LLEGUE 30 MINUTOS ANTES SI ES PACIENTE NUEVO Y POR LO MENOS 15 MINUTOS, SI YA ES PACIENTE DE NOSOTROS. VA A TENER QUE ENCONTRAR ESTACIONAMIENTO Y REGISTRARSE EN NUESTRA RECEPCIÓN CENTRALIZADA PARA COMPLETAR CULQUIER PAPELEO QUE SE NECESITE. PARA EL PROVECHO DE TODOS NUESTROS PACIENTES, NUESTROS MÉDICOS CONSIDERAN QUE ES IMPORTANTE SEGUIR LAS CITAS A LA HORA PROGRAMADA. POR FAVOR, TENGA EN CUENTA QUE SI LLEGA TARDE A SU CITA, SE LE PODRÍA PEDIR QUE HAGA OTRA PARA DESPUÉS. SI DEBE CANCELAR SU CITA, SE REQUIERE QUE NOS AVISE CON ANTICIPACIÓN, POR LO MENOS, UN DÍA HÁBIL O PODRÍA COBRÁRSELE A Ud. LA CANTIDAD DE \$25 "POR NO PRESENTARSE". POR FAVOR, REVISE NUESTRA POLÍTICA DE "NO PRESENTARSE", LA CUAL SE ADJUNTA AQUÍ.

NOS DARÁ MUCHO GUSTO CONOCERLO. SI TIENE ALGUNA PREGUNTA, POR FAVOR, CON TODA CONFIANZA, PUEDE COMUNICARSE AL CONSULTORIO DE SU MÉDICO AL 512-628-1800.

1301 Barbara Jordan Boulevard Suite #200, Austin, Texas 78723
1 Chisholm Trail, Suite#200 Round Rock, Texas 78681
Phone: (512) 628-1800 Fax: (512) 628-1801
www.speciallyforchildren.com



'SPECIALLY FOR CHILDREN
HOJA DE INFORMACIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ N° TEL. EN CASA (____) ____ - _____
APELLIDO NOMBRE INICIAL 2º NOMBRE

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO/CP: _____

SEXO: M O F FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ EDAD: _____ N° DE SEGURO SOCIAL: _____

NOMBRE DE LA ESCUELA: _____

MÉDICO DE CABECERA: _____ TELÉFONO: (____) ____ - _____

MÉDICO QUE HIZO LA REMISIÓN: _____ TELÉFONO: (____) ____ - _____

PARTE RESPONSABLE

NOMBRE DE UNO DE LOS PADRES/TUTOR: _____ N° DE TELÉFONO: (____) ____ - _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ N° DE SEGURO SOCIAL: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____ TELÉFONO DEL TRABAJO: (____) ____ - _____

NOMBRE DEL EMPLEADOR/ESCUELA: _____ OCUPACIÓN: _____

NOMBRE DEL OTRO PADRE/TUTOR: _____

EMPLEADOR: _____ TELÉFONO (____) ____ - _____

SI LOS PADRES ESTÁN DIVORCIADOS O SEPARADOS, ¿QUIÉN TIENE LA CUSTODIA? _____

HAGA UNA LISTA DE LAS PERSONAS QUE DEBEN TENER ACCESO A LA INFORMACIÓN MÉDICA: _____

HAGA UNA LISTA DE LAS PERSONAS QUE DEBEN TENER ACCESO A LA INFORMACIÓN FINANCIERA: _____

HAGA UNA LISTA DE LAS PERSONAS QUE TIENEN DERECHO LEGAL DE DECIDIR SOBRE EL CUIDADO MÉDICO DEL PACIENTE : _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO PRIMARIO

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____ ASEGURADO: _____

DIRECCIÓN PARA RECLAMOS: _____

N° DE TELÉFONO: (____) ____ - _____ N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: _____ N° DE GRUPO: _____

N° DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO: _____ FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO: ____ / ____ / ____

EMPLEADOR DEL ASEGURADO: _____ PLAN DEL EMPLEADOR: SÍ O NO

PARENTESCO CON EL ASEGURADO: _____

PERSONA A LA QUE SE AVISARÁ EN CASO DE UNA EMERGENCIA (APARTE DE LOS PADRES)

NOMBRE: _____ N° DE TELÉFONO: (____) ____ - _____

PARENTESCO CON EL PACIENTE: _____

Atención por favor: **A MENOS QUE SE HAYAN HECHO ARREGLOS PREVIOS, SE REQUIERE QUE EL PAGO SE REALICE AL MOMENTO DE PROPORCIONAR LOS SERVICIOS.**

CUIDADO MÉDICO: Yo autorizo a mi médico para que me proporcione o le proporcione a mi hijo(a) cuidado médico apropiado y razonable según las normas actuales. **INFORMACIÓN MÉDICA:** Yo autorizo a los médicos y al personal de este consultorio para que difunda cualquier información que se ha obtenido en el ciclo de mi tratamiento o del de mi hijo(a) a mi compañía de seguro, a mi empleador o a terceros responsables del pago, para que se pueda obtener el pago de los servicios médicos proporcionados. **AUTORIZACIÓN DEL SEGURO:** Yo autorizo a los médicos de este consultorio a proveer información a mi compañía de seguros relacionada con la enfermedad o los tratamiento míos o de mi hijo(a).

DESIGNACIÓN DE BENEFICIOS: Yo autorizo a mi compañía de seguros o a terceros responsables del pago a pagar cualquier prestación que se deba directamente a este consultorio si aceptan la designación de mi reclamación. **TAMBIÉN ESTOY DE ACUERDO EN QUE FINANCIERAMENTE SOY RESPONSABLE POR LA CUENTA, AUN CUANDO EL SEGURO PUEDE ESTAR PENDIENTE CON TODOS O UNA PARTE DE LOS COBROS. IGUALMENTE ESTOY DE ACUERDO EN QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE POR CUALQUIER SALDO ACTUAL VENCIDO DEL PACIENTE SOBRE ESTA CUENTA Y TENGO CONOCIMIENTO DE QUE MI CUENTA SERÁ CONSIDERADA INCUMPLIDA SI NO SE PAGA EL TOTAL EN EL TRANSCURSO DE TREINTA DÍAS DE LA FECHA DEL SERVICIO EN CUESTIÓN.**

FIRMA DEL PACIENTE O PADRE/TUTOR: _____ FECHA: _____

'Specially For Children
Autorización para la divulgación de información de la salud

Por medio de la presente, autorizo a 'Specially For Children a divulgar información identificable e individual sobre mi salud como se describe abajo, que podría incluir datos concernientes a enfermedades transmisibles como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA por sus siglas), enfermedades mentales (con excepción de notas de psicoterapia), dependencia a químicos o alcohol, resultados de exámenes de laboratorio, historial clínico, tratamiento o cualquier otra información relacionada. Entiendo que esta autorización es voluntaria y puedo rehusar firmarla. Además comprendo que mi cuidado de salud y cobros por dicho cuidado no serán afectados si no firmo el permiso.

Comprendo que si el destinatario autorizado de esta información no es un plan de salud o proveedor de cuidado de salud, la información divulgada puede ya no estar protegida por las regulaciones de privacidad federales y estatales.

Escriba el nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de seguro social
--------------------------------	---------------------	-------------------------

Fecha(s) del servicio en que se solicitan los expedientes (sea específico)	Nombre del médico a quien se le están solicitando los documentos
--	--

Descripción de información de salud que se está dando a conocer:

<input type="checkbox"/> Expediente médico completo	<input type="checkbox"/> Anamnesis y examen físico	<input type="checkbox"/> Anotaciones sobre el progreso
<input type="checkbox"/> Interconsulta	<input type="checkbox"/> Reporte operatorio	<input type="checkbox"/> Reporte patológico
<input type="checkbox"/> Reporte de laboratorio	<input type="checkbox"/> Reporte radiográfico	<input type="checkbox"/> Electrocardiograma
<input type="checkbox"/> Expediente de emergencias	<input type="checkbox"/> Notas clínicas	<input type="checkbox"/> Otros: (especifique) _____

Propósito de la divulgación:

<input type="checkbox"/> Abogado/legal	<input type="checkbox"/> Cuidado continuo del paciente
<input type="checkbox"/> Seguro comercial	<input type="checkbox"/> Uso personal
<input type="checkbox"/> Otros: (especifique) _____	

Dispense la información de salud (mencionada arriba) al siguiente médico/persona/instalaciones/entidad:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Comprendo que esta autorización caducará al año a partir de la fecha en que se firma. _____
Iniciales/fecha

Entiendo que puedo revocar esta autorización al solicitar una revocación de autorización por escrito que puede obtenerse llamando o escribiendo al número telefónico o dirección enlistados en la parte inferior de esta página. También comprendo que la revocación por escrito debe ser firmada y con fecha posterior a la que se ha puesto en la autorización. La revocación no afectará ninguna acción tomada antes de recibir la revocación por escrito.

Comprendo que 'Specially for Children proveerá esta información a 15 días del recibo de la solicitud y que se puede cobrar una cuota para preparar y facilitar esta información de acuerdo a las reglas establecidas por el Consejo de Examinadores Médicos del Estado de Texas (Texas State Board of Medical Examiners).

Firma para la autorización:

Nombre del paciente o representante del paciente

Firma del paciente o representante del paciente

Parentesco con el paciente

O tutor legal (adjunte documentación pertinente)

'Specially for Children
Aviso sobre las prácticas de privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ÉSTA. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE

Entérese cómo se maneja su expediente e información médica. Este aviso describe cómo es el manejo de 'Specially for Children (SFC) y de sus doctores con respecto a la información médica protegida que se crea mientras usted es paciente de SFC. Los doctores de SFC y el personal autorizado para tener acceso a su expediente están sujetos a este aviso. Además, los doctores de SFC pueden compartir información médica entre ellos para tratamiento, pago o funcionamiento del cuidado de salud como se describe en este aviso.

Hacemos un expediente del cuidado y los servicios que usted recibe en SFC. Entendemos que su información médica y su salud son privadas. Estamos comprometidos a proteger su información médica. Este aviso se aplica a todo expediente sobre su cuidado en SFC.

Este aviso le dirá cómo podemos utilizar y divulgar su información médica. También describimos sus derechos y ciertas obligaciones que existen con respecto a la utilización y divulgación de información médica.

Sus derechos sobre la información médica

Aunque su expediente de salud es propiedad física de SFC, la información le pertenece a usted y tiene derecho:

- A examinar y solicitar una copia de su expediente médico como lo estipula la ley.
- A solicitar que su información médica sea transferida a través de otros medios posibles o a otros lugares. Nos ajustaremos a las peticiones razonables.
- A solicitar una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones de su información para tratamiento, pago, funcionamiento del cuidado de salud, y sobre las divulgaciones permitidas a personas, incluyendo a miembros de la familia involucrados en su cuidado y según lo estipulado por la ley. Sin embargo, la ley no requiere que nosotros estemos de acuerdo con la restricción solicitada.
- A solicitar que nosotros modifiquemos su expediente médico según lo estipule la ley. Le notificaremos si no podemos modificar su expediente médico según lo solicitado.
- A obtener una relación de la cantidad de ciertas divulgaciones de su información médica según lo estipule la ley.
- A obtener una copia impresa de este "aviso sobre la forma en que se maneja la información", solicitándolo al Encargado de Asuntos Privados de SFC que se localiza en 1301 Barbara Jordan Blvd., Suite 200, Austin, Texas 78723. También se puede obtener una copia de este aviso en la página de internet de SFC en www.speciallyforchildren.com

Usted puede hacer valer sus derecho enunciados en este aviso entregando una petición por escrito al gerente de integridad e ingresos de 'Specially For Children 1301 Barbara Jordan Blvd., Suite 200, Austin, Texas 78723. También puede enviar la solicitud por escrito vía E-mail a:

ComplianceCommittee@sfcAustin.com

Nuestras Responsabilidades.

Además de las responsabilidades enunciadas anteriormente, también se requiere que nosotros:

- Mantengamos la privacidad su información médica.
- Le proporcionemos un aviso sobre nuestros deberes legales y las prácticas de privacidad con respecto a su expediente que tenemos.
- Acatemos los términos de este aviso.
- Le notifiquemos si no podemos estar de acuerdo con la restricción solicitada acerca de ciertos usos y divulgaciones.
- Nos reservemos el derecho a cambiar nuestras prácticas y a hacer vigentes las nuevas disposiciones para toda la información médica protegida que mantenemos, incluyendo información creada o recibida antes del cambio. Si cambia la forma en que manejamos la información, no estamos obligados a notificarle a usted, pero tendremos el aviso modificado disponible para que usted lo solicite en SFC y en la página de internet de SFC en www.speciallyforchildren.com

- No utilizaremos o divulgaremos su información médica sin antes obtener de usted una autorización por escrito, a excepción de lo descrito en este aviso o según lo permita la ley.

Ejemplos de divulgaciones de información médica para tratamiento, pago y funcionamiento de los servicios médicos y alguna otra forma según lo permita la ley.

Las siguientes categorías describen las diferentes formas en que utilizamos y divulgamos la información médica. Para cada categoría de uso y divulgación, explicaremos lo que queremos decir y trataremos de dar algunos ejemplos. No todo uso o divulgación se anotará en la lista de cada categoría. Sin embargo, todas las formas que se nos permitan en el uso y divulgación de información deben pertenecer a una de las categorías.

Tratamiento

Por ejemplo: Podemos divulgar información médica de usted a los doctores, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina o al personal involucrado en su cuidado médico en SFC. Podemos compartir su información médica para coordinar diferentes tratamientos, tales como recetas, exámenes de laboratorio y radiografías. También podemos proporcionarle a su médico o a un futuro proveedor de cuidados médicos información acerca de su condición física en particular, para que pueda darle el tratamiento adecuado a otros padecimientos que tenga si es que tiene alguno.

Pago

Por ejemplo: Se nos permite utilizar y divulgar su información médica para enviar la cuenta y cobrar el pago de los servicios que se le proporcionaron a usted. La información en o adjunta a la cuenta incluirá información médica que lo identifica a usted, una descripción de los servicios médicos que se le proporcionaron, su diagnóstico y otra información que necesita su asegurador o HMO para aprobar el pago que nos hace.

Funcionamiento del cuidado de salud

Por ejemplo: Se nos permite utilizar y divulgar la información de su expediente médico con el propósito de utilizarla en el funcionamiento del cuidado de salud, que es una actividad que apoya esta realización y valora el cuidado y el resultado en su caso y en otros como este. Posteriormente, esta información se utilizará en un esfuerzo por continuar el mejoramiento en la calidad y efectividad del cuidado de salud y los servicios que proveemos.

Su información médica también se utilizará según lo permita la ley. Los siguientes son ejemplos de cómo podemos utilizar y divulgar su información médica.

Colaboradores: En nuestra organización existen algunos servicios que se proporcionan a través de contactos con colaboradores. Algunos ejemplos incluyen ciertos exámenes de laboratorio, servicios de operadora telefónica, servicios de transcripción y servicio de fotocopias. Sin embargo, para proteger su información médica, requerimos que nuestros colaboradores tomen las medidas necesarias para salvaguardarla.

Notificación: Podemos utilizar o divulgar información para notificar o ayudar en la notificación de su localización y estado general en que usted se encuentra a un miembro de la familia, a su representante o a otra persona responsable de su cuidado.

Investigaciones: Podemos divulgar información a los investigadores una vez que el estudio haya sido aprobado por una Junta Institucional de Revisiones (Institutional Review Board) que haya revisado la propuesta de la investigación, y haya establecido los protocolos para asegurar la privacidad de su información médica.

Gerentes de funerarias: Podemos divulgar información médica a los gerentes de funerarias para que lleven a cabo sus labores conforme a la ley aplicable.

Organizaciones de obtención de órganos: Conforme a la ley aplicable, podemos divulgar información médica a las organizaciones de obtención de órganos o a otras entidades involucradas en la obtención, almacenamiento y transplante de órganos con el propósito de que se realicen donaciones de tejidos y transplantes de órganos.

Comunicación para el tratamiento y funcionamiento del cuidado de salud: Podemos comunicarnos con usted por

teléfono o correo para recordarle sobre las citas o información acerca de las alternativas de tratamiento u otros beneficios de salud y servicios que pueden ser de interés para usted.

Mercadotecnia: Podemos ponernos en contacto con usted para recordarle sobre las citas o proporcionarle información sobre las alternativas de tratamiento u otros beneficios de salud, bienes y servicios proporcionados por SFC que pueden ser de interés para usted.

Recaudación de fondos: Podemos ponernos en contacto con usted como parte de una iniciativa para recaudar fondos.

Administración Federal de Fármacos y Alimentos (FDA por sus siglas en inglés): Podemos divulgar información médica a FDA en relación con los efectos secundarios en lo que respecta a alimentos, medicamentos, dispositivos, suplementos, productos y defectos del producto, o información de vigilancia posmercado que permita el retiro el retiro, la reparación o reemplazo del producto.

Compensación al trabajador: Podemos divulgar información médica en la medida que se autorice y hasta donde sea necesario para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación al trabajador u otros programas similares según lo establezca la ley.

Salubridad pública: Según como la ley requiera, podemos divulgar su información médica a la Secretaría de Salubridad Pública o a las autoridades legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.

Abuso, negligencia o violencia intrafamiliar: Según se requiera por ley, podemos divulgar información médica a una autoridad gubernamental autorizada por la ley para recibir reportes de abuso, negligencia y violencia intrafamiliar.

Fines judiciales, administrativos y policíacos: Conforme a la ley aplicable, podemos divulgar su información médica con fines judiciales, administrativos y policíacos. Esto puede incluir divulgaciones para prevenir una amenaza seria contra usted o contra la salud o seguridad de terceras personas, así como contra las víctimas de delito o de conducta delictiva en la entidad cubierta.

Actividades militares, de seguridad nacional e inteligencia, protección al presidente: Podemos divulgar información médica de usted para propósitos gubernamentales especializados, tales como separación o destitución del servicio militar, actividades autorizadas de inteligencia y seguridad nacional, así como actividades autorizadas para proporcionar servicios de protección al Presidente de los Estados Unidos, a otros funcionarios gubernamentales o jefes de estado de otros países.

Según lo requerido o permitido por la ley: Divulgaremos información médica de usted cuando se requiera o se permita bajo la ley local, estatal o federal.

Otros usos de su información médica:

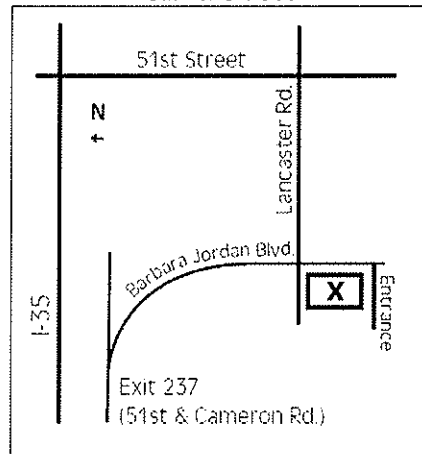
Solamente con su autorización por escrito se realizarán otros usos y otras divulgaciones de información médica que no cubre este aviso o las leyes que se aplican. Si nos da su autorización para utilizar o divulgar su información médica, usted puede cancelar por escrito esa autorización en cualquier momento. Si usted cancela la autorización que nos dio, nosotros ya no usaremos o divulgaremos información médica suya, debido a las razones que se cubren en su autorización por escrito. No podemos dar marcha atrás a cualquier divulgación que ya hayamos hecho con su autorización.

Para mayor información o para reportar algún problema:

Si tiene alguna pregunta con respecto a su derecho a la privacidad de información, y le gustaría obtener información adicional, puede llamar al gerente de integridad e ingresos de 'Specially For Children al 512-628-1933.

Si usted cree que su derecho a la privacidad de información ha sido violado, puede presentar una queja por escrito al gerente de integridad e ingresos de 'Specially for Children, en 1301 Barbara Jordan Blvd., Suite 200, Austin, Texas 78723 o en ComplianceCommittee@sfcAustin.com. También puede presentar una queja por escrito con el Secretario de Salubridad y Servicios Humanos. No habrá ninguna represalia en su contra por presentar la queja.

Consultorios en Austin
1301 Barbara Jordan Blvd., Suite 200
Austin, TX 78723
512-628-1800



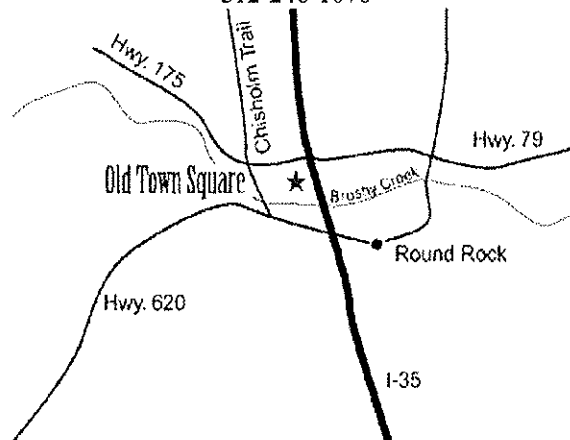
En dirección norte de IH-35

- Tome la salida a la calle 51st /Cameron Rd.
- Cámbiese al carril derecho, ese carril voltea sólo a la derecha
- Ese es el Blvd. Barbara Jordan.
- El primer alto es Lancaster. Nuestro edificio está al cruzar la calle a mano derecha.
- El edificio tiene el nombre de Strictly Pediatrics en la parte de afuera.
- Pase el edificio y voltee a la derecha en la entrada que va al estacionamiento.

En dirección sur de IH-35

- Tome la salida a la calle 51st, quédese en el carril central hasta el semáforo de la calle 51st.
- Voltee a la izquierda en la calle 51st, cruce el paso a desnivel.
- El primer semáforo DESPUÉS del puente a desnivel es Lancaster, ahí voltee a la derecha.
- Al siguiente alto, voltee a la izquierda en el Blvd. Barbara Jordan, el edificio está en la esquina a mano derecha.
- El edificio tiene el nombre de Strictly Pediatrics en la parte de afuera.
- Pase el edificio y voltee a la derecha en la entrada que va al estacionamiento.

Consultorios en Round Rock
One Chisolm Trail, Building 1, suite 200
Round Rock, TX 78681
512-246-1076



En dirección sur de IH-35

- Tome la salida 253 US-79/Hutto Taylor Sam Bass Rd.
- Pase el semáforo, luego pase un Starbucks.
- Voltee a la derecha en Sunset
- Inmediatamente a la izquierda está el estacionamiento.
- El edificio 1 está a su izquierda.

En dirección norte de IH-35

- Tome la salida 253 US-79/Hutto Taylor Sam Bass Rd.
- Voltee en U debajo de I-35, cámbiese al carril derecho.
- Voltee a la derecha en Sunset
- Inmediatamente a la izquierda está el estacionamiento.
- El edificio 1 está a su izquierda.