

Clinica de Genética de 'Specially For Children
1301 Barbara Jordan Blvd., Ste 200 Austin, Texas 78723
Phone: (512) 628-1840 Fax: (512) 628-1841
www.speciallyforchildren.com

_____ tiene una cita con la Dra. Jaya George-Abraham, MD.,
el _____ a las _____ a.m. / p.m.

Bienvenido a la clínica de genética de 'Specially For Children. Los niños y los adultos son remitidos a evaluaciones genéticas por múltiples razones entre las que se incluyen: retraso en el desarrollo, problemas de aprendizaje, anomalías congénitas y para determinar los antecedentes familiares de diversas afecciones hereditarias. El objetivo de una evaluación genética es identificar la causa del trastorno en cuestión, sea o no hereditaria, y dar inicio a las pautas adecuadas de diagnóstico o tratamiento. La primera evaluación genética regularmente dura entre una hora y media a dos horas e incluye un repaso de los antecedentes médicos y familiares (45-60 minutos), una exploración física y la toma de una fotografía con fines médicos (que requiere la autorización de usted). Con base en la evaluación, la Dra. George-Abraham podría ordenar pruebas de laboratorio, estudios radiológicos o que se realicen evaluaciones por otros profesionales de la medicina. Además, la Dra. George-Abraham podría recomendar citas de seguimiento de genética. Nuestro personal lo ayudará a gestionar el arreglo de estas recomendaciones. Esperamos que esta información le sea de utilidad a usted y a su familia.

Por favor, asegúrese de traer la siguiente información a su cita:

- 1.) Licencia de conducir válida y la tarjeta de seguro médico.
- 2.) La remisión o autorización provista por el médico familiar de su hijo.
- 3.) Copago: El copago o deducible de coaseguro, se cobrará al momento en que se proporcione el servicio. Por favor, tenga listo su pago o acuerde un convenio de pago, pues de lo contrario, su cita tendrá que cambiarse para una fecha posterior.
- 4.) Haga una revisión de sus antecedentes médicos familiares y esté preparado para dar información acerca de ambas partes de la familia.
- 5.) Traiga fotografías de cualquier miembro de su familia a quien se parezca el niño.
- 6.) Por favor llene el **Paquete de Paciente Nuevo** que se adjunta y tráigalo a su cita.

**Puesto que no conocemos los detalles de todas y cada una de las pólizas de seguro, debemos verificar la cobertura. Conozca los servicios y procedimientos que cubre su seguro. **

Por favor llegue con tiempo suficiente a su cita para que encuentre un lugar en donde estacionarse. Se requiere que cubra el pago del costo de estacionamiento al salir del mismo, debido a que no validamos el boleto. Llegue por favor 15 minutos antes para registrarse en la recepción principal y para completar cualquier papeleo que se necesite. En consideración a todos los pacientes, nuestros médicos estiman necesario que las citas se realicen a la HORA PROGRAMADA. Por favor, tenga en cuenta que si llega TARDE a su cita, se le puede pedir que la cambie para una fecha posterior. Si necesita cancelar su cita, le pedimos que lo haga por lo menos con un (1) día hábil de anticipación o podrá imponérsele un cargo de \$25 por "inasistencia." Lea por favor la información que se adjunta acerca de nuestra política de "inasistencia."

Esperamos conocerlo pronto y agradecemos su cooperación. Si tiene alguna pregunta no dude en llamarnos al (512)628-1840. Si desea enviar el Paquete de Paciente Nuevo antes de la consulta, envíelo por fax al (512) 628-1841.

Atentamente,

'Specially For Children Personal de la Clínica de Genética

Antecedentes médicos

Clínica de Genética y Metabolismo
'Specially For Children

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nº de expediente médico: _____

Fecha de la cita: _____

Paciente nuevo ____ Seguimiento ____ (marque uno)

Motivo de la cita de hoy: _____

¿Otras preguntas/ preocupaciones específicas que tenga para la cita de hoy? _____

Médico primario: _____

Especialistas: Sin cambio

Nombre del médico	Especialidad	Motivo por el cual el paciente ve a este médico

Terapia	Proveedor	Metas de la terapia

Medicamentos actuales: _____

Alergias (comida/ medicamentos/ medio ambiente): _____

Hospitalizaciones/ cirugías desde la cita anterior (fecha/ motivo/ duración): _____

Antecedentes de paciente nuevo

Clínica de Genética y Metabolismo
'Specially For Children'

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Nº de expediente médico:

Fecha de la cita:

Antecedentes del parto

¿Gozaba de buena salud la mamá antes de la concepción? Si es no, explique _____

¿El embarazo se concibió naturalmente? Si es no, explique (ej.: Clomid/ fecundación *in vitro*/ inseminación intrauterina/ transferencia intratubárica de gametos/ otro): _____

¿Alguna complicación durante el embarazo? Si es sí, explique (ej.: sangrado/ diabetes/ alta presión/ gemelos/ reposo/ hospitalizaciones/ enfermedades/ medicamentos/ otro): _____

¿Se le hizo algún examen prenatal? Si es sí, explique (ej.: detección prenatal del síndrome de Down/ espina bífida/ ultrasonido/ amniocentesis/ muestreo de vellosidades coriónicas/ diagnóstico genético de preimplantación/ otro) _____

¿Hubo alguna preocupación sobre el movimiento o crecimiento del feto? Si es sí, explique: _____

¿El paciente nació de término? Si no fue así, explique. _____

¿Fue parto normal? Si no fue así, explique (ej.: cesárea/ parto de nalgas/ fórceps/ ventosa) _____

Peso del paciente al nacer: _____ Estatura: _____ Circunferencia de la cabeza: _____

¿Tuvo complicaciones el bebé? Si es sí, explique (anomalías congénitas/ ictericia/ alimentación): _____

Antecedentes del desarrollo

Edad a la que empezó a: sentarse _____ gatear _____ caminar _____

decir palabras simples _____ decir oraciones _____ ir al baño solo _____

Antecedentes familiares

¿Alguien más en la familia con problemas como los del paciente? **S o N** ¿Anomalías congénitas? **S o N** ¿Problemas de aprendizaje/ escuela/ retraso mental? **S o N** ¿Enfermedades o estados mentales que afectan a múltiples miembros de la familia? **S o N** ¿Cáncer o enfermedades comunes (diabetes, enfermedades cardíacas) que afectan a múltiples miembros de la familia? **S o N**

Si el paciente se parece o actúa como alguien de la familia, ¿nos puede decir a quién? _____

****Favor de traer fotografías de los padres, hermanos o miembros de la familia que piensa que se parecen al paciente****

Revisión de los sistemas

Clínica de Genética y Metabolismo
 'Specially For Children'

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nº de expediente médico: _____

Su nombre: _____ Parentesco con el paciente: _____
 (paciente, madre, padre, abuelo, etc.)

Fecha de hoy: _____

- Para los pacientes nuevos: marque si alguna vez tuvo algún problema.
- Para los pacientes de **seguimiento**: marque si el paciente ha tenido alguno de los siguientes síntomas desde la última cita.
- Marque "N/A" para "no aplica" debido a la edad del paciente.

	Si	No	N/A		Si	No	N/A
Pérdida o aumento involuntario de peso				Se orina en cama o tiene accidentes durante el día			
Fiebre o escalofríos				Orina frecuentemente o tiene dolor al orinar			
Siente calor o frío				Menstruaciones anormales			
Fatiga o cansancio				Otros problemas urinarios o genitales			
Anemia							
Sangra fácilmente				Dolores de cabeza o migrañas			
Problemas hormonales				Desmayos			
Problemas de crecimiento				Adormecimiento u hormigueo			
				Convulsiones, epilepsia, crisis de ausencia			
Visión borrosa u ojos cruzados				Temblores o tics nerviosos			
Otros problemas de ojos/ usa lentes				Falta de equilibrio o coordinación			
Audición deficiente/ sordera				Espasticidad o rigidez			
Congestión nasal				Bajo tono muscular o debilidades			
Infecciones de oídos				Problemas para dormir			
Problemas de los senos paranasales							
Infecciones recurrentes				Dolores musculares, calambres, espasmos			
Glándulas o ganglios linfáticos hinchados				Dolor o hinchazón de articulaciones			
				Fracturas, huesos frágiles o débiles			
Problemas dentales				Laxitud o hipermovilidad articular, dislocaciones			
Problemas del habla							
Problemas para deglutir				Cambios del color de piel o pigmento			
Se ahoga o se atraganta al comer				Manchas o lunares de nacimiento poco comunes			
				Cicatrices o queloides poco comunes			
Ronca				Sarpullido, comezón, se rasca las costras			
Respiración rápida				Le salen moretones fácilmente			
Deja de respirar				Piel laxa			
Tiene sibilancia al respirar				Problemas de cabello			
Tos							
				Retraso del desarrollo o aprendizaje			
Cambia de color (azul o gris)				Cambios del aprovechamiento escolar			
Se cansa fácilmente al hacer ejercicio o comer				Problemas de atención o para concentrarse			
Latidos rápidos del corazón o palpitaciones				comportamiento agresivo			
Suda repentinamente				Se hace daño a sí mismo			
				Otros problemas de comportamiento			
Náuseas, vómito, reflujo				Depresión o demasiada tristeza			
Dolores de estómago o acumulación de gases				Ansiedad/ fobias			
Cambios de apetito, alimentación, sed				Otros síntomas psiquiátricos			
Diarrea, estreñimiento							

Reviewed with patient/ family by MD: Yes ___ No ___

Physician's Signature: _____

**'SPECIALLY FOR CHILDREN
HOJA DE INFORMACIÓN DE PACIENTES**

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ Nº TEL. EN CASA (____) ____ - ____
APELLIDO NOMBRE INICIAL 2º NOMBRE

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO/CP: _____

SEXO: M O F FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ EDAD: ____ Nº 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: _____ Nº DE TELÉFONO: (____) ____ - ____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ Nº 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: _____

Nº DE TELÉFONO: (____) ____ - ____ Nº DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: _____ Nº DE GRUPO: _____

Nº 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: _____ Nº DE TELÉFONO: (____) ____ - ____

PARENTESCO CON EL PACIENTE: _____

Atención por favor. A MENOS QUE SE HAYAN HECHO ARREGIOS 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
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 solicitó.
- 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@sfaustin.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 trasplante de órganos con el propósito de que se realicen donaciones de tejidos y trasplantes 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@sfaustin.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.

'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 será afectado 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 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:

'Specially For Children
 Clinical Genetics Department
Dr. Jaya George-Abraham
 1301 Barbara Jordan Blvd., Ste. 200
 Austin, TX 78723
 512-628-1840 (phone)
 512-628-1841 (fax)

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).

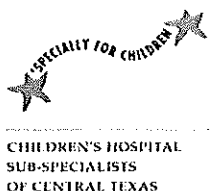
Firma para la autorización:

 Nombre del paciente o representante del paciente

 Firma del paciente o representante del paciente

 Parentesco con el paciente

 O tutor legal (adjunte documentación pertinente)



Autorización para el uso de fotografías con fines médicos

Por medio de la presente, autorizo al Dra. Jaya George-Abraham a que saque fotografías médicas de mi hijo o de mí. Entiendo que las fotografías digitales que saque la Dra. George-Abraham o su personal se guardarán en el expediente médico de mi hijo de *'Specially For Children*. Sólo el personal de *'Specially For Children* tendrá acceso a las fotografías con fines médicos. Sólo se utilizarán par la atención médica continua o fines didácticos. Las fotografías de mi hijo no se divulgarán o se publicarán sin mi permiso por escrito.

- Autorizo a la Dra. Jaya George-Abraham a que a mi hijo o a mí nos saque fotografías con fines médicos.

- NO autorizo a la Dra. Jaya George-Abraham a que a mi hijo o a mí nos saque fotografías con fines médicos.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Nombre con letra de molde del padre o tutor

Firma del padre o tutor

Fecha



CHILDREN'S HOSPITAL
SUB-SPECIALISTS
OF CENTRAL TEXAS

A member of the
SETON Healthcare Network

Valoración de las Necesidades del Paciente/Familia



Si le gustaría hablar con nuestra trabajadora social acerca de cómo recibir información de alguno de los siguientes tópicos, por favor, llene este formulario. Es OPCIONAL.

	<u>Ya recibe ayuda</u>	<u>Necesita información</u>
Comida, ropa, servicios públicos	_____	_____
SSI/Discapacidad	_____	_____
MAP/Centro Comunitario de Salud	_____	_____
TANF/Estampillas de comida/WIC	_____	_____
Servicios de terapia física, ocupacional y de lenguaje	_____	_____
Servicios de coordinación de casos médicos (ej.: Any Baby Can)	_____	_____
Orientación de salud mental	_____	_____
Transporte a y de las citas con doctores	_____	_____
Servicios de ECI/ECE	_____	_____
Grupos de apoyo para el niño/persona que lo cuida	_____	_____
Cuidado de niños para que la persona que los protege descanse (para niños con enfermedades crónicas)	_____	_____



Nombre del Paciente: _____	Fecha de hoy: _____
Dirección: _____	Teléfono en casa: _____
Ciudad, Código postal, Condado: _____	Celular: _____
Persona(s) que está(n) al cuidado: _____	Parentesco del paciente: _____
Fecha de nacimiento del paciente: _____	# de seguro social del paciente: _____
¿Tiene seguro médico el paciente?: _____	Nombre del seguro médico: _____
Nombre de la escuela, grado: _____	Nombre del médico que va a ver hoy: _____

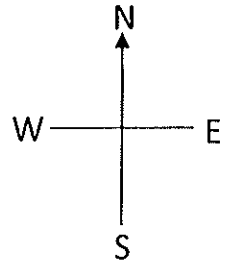
Por favor, abajo, haga una lista de temas adicionales que a usted le gustaría tratar con la trabajadora social: _____

Hwy 290

Capital Plaza
Shopping
Center

Cameron Rd.

51st St.



Barbara Jordan Blvd.

Lancaster

 **Strictly
Pediatrics
Subspecialty
Center**

Ronald
McDonald
House

Shopping
Center

Lancaster

Estacionamiento

Dell Children's
Medical Center
of Central Texas

Mueller Blvd.

Philomena

Airport Blvd.

Mo Pac

IH 35

Cómo llegar a la clínica

Si viene del sur de Austin por IH 35

Tome la salida a la calle 51 (Salida 237B). Cuando esté en la calle lateral, inmediatamente pase al carril derecho. Este carril da vuelta a la derecha en Barbara Jordan Blvd. Cruce la calle Lancaster. Voltee a la derecha en la primera entrada. El estacionamiento está detrás de nuestro edificio, inmediatamente después del ALTO.

Si viene del norte de Austin por IH 35

Tome la salida a la calle 51. Voltee a la izquierda en la calle 51. Voltee a la derecha en la calle Lancaster que está después del primer semáforo al cruzar el puente. Voltee a la izquierda en Barbara Jordan Blvd. Voltee a la derecha en la primera entrada. El estacionamiento está detrás de nuestro edificio, inmediatamente después del ALTO.