



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.
Mandi Maronn, M.D.

PEDIATRIC ENDOCRINOLOGY

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

PEDIATRIC GASTROENTEROLOGY

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

CLINICAL & 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.
James C. Sharp, M.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
Dilip J. Karnik, M.D.
Ezam Ghodsi, M.D.
Jeffrey S. Kerr, M.D.
Jeffrey S. Kane, M.D.
Michael S. Reardon, M.D.
Karen C. Richards, M.D.
Lindsay Elton, M.D.

PEDIATRIC PALLIATIVE CARE

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

PEDIATRIC RHEUMATOLOGY

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

'SFC ACCOUNT #: _____

BIENVENIDOS A 'SPECIALLY FOR CHILDREN'

ESPERAMOS QUE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN LES SEA ÚTIL. LES RECOMENDAMOS ENFÁTICAMENTE QUE SIGAN LAS INDICACIONES DE ABAJO, DADO QUE ESTO AYUDARÁ A FACILITAR EL CUIDADO DE SU HIJO.

SU HIJO _____ TIENE UNA CITA PROGRAMADA CON _____ EL _____ A LAS _____ AM/PM EN NUESTRO CONSULTORIO DE FARWEST. ADJUNTAMOS UN MAPA.

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

1. UNA TARJETA VÁLIDA DE SEGURO MÉDICO O MEDICAID, Y UNA TARJETA DE CONDUCIR U OTRA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN EXPEDIDA POR EL GOBIERNO.
2. LA REMISIÓN/AUTORIZACIÓN PROVISTA POR EL MÉDICO PRINCIPAL DE SU HIJO.
3. EL COPAGO O FRANQUICIA DEL SEGURO MÉDICO SE LE COBRARÁ AL MOMENTO DE SU CITA.

** AUNQUE VERIFICAREMOS QUE USTEDES ESTÁN CUBIERTOS POR EL SEGURO MÉDICO, NO PODEMOS CONOCER LOS DETALLES DE TODAS Y CADA UNA DE LAS PÓLIZAS DE SEGURO. ASEGÚRESE DE ESTAR FAMILIARIZADO CON LOS SERVICIOS Y PROCEDIMIENTOS QUE ESTÁN O NO ESTÁN CUBIERTOS POR SU SEGURO.

POR FAVOR, TÓMENSE UN TIEMPO ADECUADO PARA LLEGAR A NUESTRA CLÍNICA Y ENCONTRAR ESTACIONAMIENTO. SE LES PEDIRÁ QUE PAGUEN EL ESTACIONAMIENTO CUANDO SALGAN. RECOMENDAMOS QUE LLEGUEN **30 MINUTOS ANTES** SI USTEDES SON PACIENTES NUEVOS Y AL MENOS 15 MINUTOS ANTES SI NO SON PACIENTES NUEVOS. USTEDES NECESITARÁN ENCONTRAR ESTACIONAMIENTO Y REGISTRARSE EN NUESTRA RECEPCIÓN CENTRALIZADA PARA COMPLETAR CUALQUIER INFORMACIÓN ESCRITA QUE SE NECESITE. POR EL BIEN DE TODOS NUESTROS PACIENTES, NUESTROS MÉDICOS CREEN QUE ES IMPORTANTE RESPETAR EL HORARIO. POR FAVOR, TENGA EN CUENTA QUE **SI LLEGAN TARDE** A SU CITA, SE LES PUEDE PEDIR QUE **PIDAN UNA NUEVA CITA** PARA UNA FECHA POSTERIOR. SI USTEDES DEBEN CANCELAR SU CITA, NOSOTROS REQUERIMOS AVISAR AL MENOS UN DÍA HÁBIL ANTES PARA CANCELAR, O LE PODEMOS COBRAR UNA **TARIFA DE "AUSENCIA" DE \$25**. POR FAVOR, REVISE NUESTRA POLÍTICA DE AUSENCIAS QUE ADJUNTAMOS.

NOS DARÁ MUCHO GUSTO CONOCERLOS. NO DUDEN EN LLAMAR AL CONSULTORIO DE SU MÉDICO AL 512-628-1800 SI TIENEN PREGUNTAS.

1301 Barbara Jordan Boulevard #200, Austin, Texas 78723
6811 Austin Center Blvd #400, Austin, Texas 78731
Teléfono: (512) 628-1920 Fax: (512) 628-1921
www.speciallyforchildren.com



Children's Hospital
of Austin

Nº DE CUENTA DE 'SFC: _____

'SPECIALLY FOR CHILDREN
HOJA DE INFORMACIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____
APELLIDO NOMBRE INICIAL 2º NOMBRE
DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO/CP: _____
Nº TEL. EN CASA (____) _____ - SEXO: M O F 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: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____
DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____
ESTADO: _____ CP: _____ Nº DE TEL. EN CASA: (____) _____ - Nº DE TEL. CELULAR: (____) _____ -
¿PODEMOS DEJAR INFORMACIÓN MÉDICA DETALLADA EN SU CORREO DE VOZ? No ___ Sí: CASA ___ CELULAR ___ TRABAJO ___
CORREO ELECTRÓNICO: _____ Nº DE SEGURO SOCIAL: _____
NOMBRE DEL EMPLEADOR: _____ OCUPACIÓN: _____
TELÉFONO DEL TRABAJO: (____) _____ - _____

NOMBRE DEL OTRO PADRE/TUTOR: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____
DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____
ESTADO: _____ CP: _____ Nº DE TEL. EN CASA: (____) _____ - Nº DE TEL. CELULAR: (____) _____ -
¿PODEMOS DEJAR INFORMACIÓN MÉDICA DETALLADA EN SU CORREO DE VOZ? No ___ Sí: CASA ___ CELULAR ___ TRABAJO ___
CORREO ELECTRÓNICO: _____ Nº DE SEGURO SOCIAL: _____
NOMBRE DEL EMPLEADOR: _____ OCUPACIÓN: _____
TELÉFONO DEL TRABAJO: (____) _____ - _____

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 DEL SEGURO MÉDICO: _____
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 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
PEDIATRIC & ADOLESCENT DERMATOLOGY**

Fecha: ____/____/____

Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Médico primario o médico que remite:

¿Ha cambiado de médico? No _____ Sí _____

Si ha cambiado, escriba el nombre del médico:

Otro especialista: _____

Alergias: _____

Motivo de la cita de hoy: _____

¿A qué farmacia más cercana a usted (si se necesita) desea que le manden la receta del medicamento? Farmacia: _____

Número de teléfono: _____

Medicamentos: Haga una lista de **TODOS** los medicamentos que el paciente toma regularmente, incluyendo los medicamentos que se compran sin receta médica y los complementos alimenticios.

Medicamentos (con receta y sin receta médica)	CONCENTRACIÓN	¿CUÁNTO?	CON QUÉ FRECUENCIA?

'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 derechos 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 posmercadeo que permita 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.