

Child's Name: _____

Child's Date of Birth: _____

Acknowledgement of Review of Notice of Privacy Practices

I have reviewed this office's Notice of Privacy Practices, which explains how my child(ren)'s medical information will be used and disclosed. I understand that I am entitled to receive a copy of this document.

Reconocimiento de Reviso de la noticia the practicas de confidencialidad.

He revisado la noticia de practicas de confidencialidad de esta oficina, la cual explica como la informacion de mi salud sera utilizada y dada a saber. Yo entiendo que tengo el derecho de obtener una copia de este documento.

OFFICE POLICY

1. **LATE Policy**-- if you arrive 15 minutes past your appointment time, your appointment will be rescheduled.
2. **NO SHOW Policy**--appointments must be cancelled 24hrs prior to appointment time- if you have three no shows you will be required to sign a no show letter. On your fourth no show, you will be dismissed from the clinic.
3. **VACCINE Policy**-- vaccine records are required for all new patients.
4. **TRANSFER Policy**—once you change PCP or transferred records to another PCP, you will be inactivated in our system and will not be allowed to return.

I have read and understand this office's policies which explains the term and conditions of this office in regards to appointments, no shows, vaccination records, and transfer to another facility

Políticas de la Oficina

1. **política de LLEGADA TARDE**-si lleg 15 minutos mas tarde para su cita, ud, tendra que hacer otra cita.
2. **política de NO PRESENTARSE**-citas deben ser canceladas con 24 horas de anticipacion de su cita. si pierde tres citas, tien que firma cart de tres faltas.a la curta cita que no llega va ser despedida de nuestra clinica
3. **política de LAS VACUNAS**-record de vacunas se require para todo chequeo de nino(a) saludable y examenes fisicos.
4. **política de TRANSPERENCIA**- una ves que la record de su nino(a) sea transferida a otra clinica, su expediente sera cerrado y no se le permitira volver a nuestra clinica.

He leído y entendido las políticas de esta oficina, las cuales explican los terminos y condiciones en cuanto las cita, de no presentarse, de las record de vacunas, y de tranferencia a otra clinica.

Financial Policy

I hereby authorize direct payment of medical benefits to ABC Pediatric Clinic for services rendered by her in person or under her supervision. I understand that I am financially responsible for any balance not covered by my insurance. I authorize ABC Pediatric Clinic to release information as required to my insurance company or third-party payer for the purpose of determining benefits. I understand that such records may include HIV/AIDS testing, substance and or mental-health issues. I authorize ABC Pediatric Clinic to bill my insurance or third-party payer and receive payment directly from insurance for services rendered. I acknowledge full responsibility for the payment of such services and agree to pay my billing full AT THE TIME OF SERVICE unless other arrangements are made with the financial department. I UNDERSTAND that I remain financially responsible for all charges NOT covered by my insurance company. I authorize the use of this signature on all insurance claims.

Patient(s) who are not eligible for Texas Medicaid or CHIP on the date of service will not be reimbursed for any out of pocket expenses. This includes retroactive Medicaid or CHIP plans. By signing this policy the guardian is consenting that our office, ABC Pediatric Clinic, is not responsible for submitting retroactive patient claims to Medicaid or CHIP plans.

If you wish to discuss issues beyond the scope of the routine exam during your child's well visit, your insurance company **requires you to pay a co-pay or have co-insurance responsibility.** Payment will be expected at the time of the visit.

Por medio del presente, autorizo el pago directo de beneficios médicos a la clínica de pediatría ABC Pediatric Clinic por los proveedores. Entiendo que debo pagar cualquier saldo no cubierto por mi seguro. Autorizo a la clínica de pediatría ABC Pediatric Clinic a divulgar información según lo exija mi compañía de seguros o el tercer pagador a los fines de determinar los beneficios. Entiendo que estos registros pueden incluir pruebas de VIH/SIDA, de abuso de sustancias o problemas de salud mental. Autorizo a la clínica de pediatría ABC Pediatric Clinic a facturarle a mi seguro o al tercer pagador los servicios prestados y a recibir el pago de estos servicios directamente del seguro. Reconozco plena responsabilidad por el pago de estos servicios y acepto pagar el monto total de mi factura AL MOMENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, salvo que el departamento de finanzas disponga otra cosa. ENTIENDO que tendré que

pagar todos los cargos NO cubiertos por mi compañía de seguros. Autorizo el uso de esta firma en todos los reclamos a la compañía de seguros.

El o los pacientes que no sean elegibles para recibir Texas Medicaid o CHIP en la fecha de la prestación del servicio no recibirán reembolso alguno por los gastos desembolsados de su propio bolsillo. Esto incluye los planes retroactivos de Medicaid o de CHIP. Mediante la firma de esta póliza, el tutor acepta que nuestra oficina, ABC Pediatric Clinic, no es responsable por la presentación de reclamos retroactivos de pacientes a los planes de Medicaid o de CHIP.

Si desea hablar acerca de temas que estén fuera del alcance del examen de rutina durante la visita de control de su hijo(a), su compañía de seguros le exige pagar un copago o un coseguro. Deberá abonar el pago en el momento de la visita.

Consent for Registration of Child and Release of Immunization Records to Authorized Entities

I understand that, by granting the consent below, I am authorizing release of the child's immunization information to DSHS and I further understand that DSHS will include this information in the state's central immunization registry ("ImmTrac").

Once in ImmTrac, the child's immunization information may by law be accessed by:

- a public health district or local health department, for public health purposes within their areas of jurisdiction;
- a physician, or other health-care provider legally authorized to administer vaccines, for treating the child as a patient;
- a state agency having legal custody of the child;
- a Texas school or child-care facility in which the child is enrolled;
- a payor, currently authorized by the Texas Department of Insurance to operate in Texas, regarding coverage for the child.

I understand that I may withdraw this consent to include information on my child in the ImmTrac Registry and my consent to release information from the Registry at any time by written communication to the Texas Department of State Health Services, ImmTrac Group – MC 1946, P.O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

By my signature, I GRANT consent for registration. I wish to INCLUDE my child's information in the Texas immunization registry.

REGISTRO DE INMUNIZACIÓN (ImmTrac) FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA MENORES

Consentimiento Para Registrar al Menor y Dar a Conocer los Documentos de Inmunización a las Entidades Autorizadas

Entiendo que, con mi consentimiento a continuación, autorizo que se dé a conocer la información de inmunización del menor al DSHS, y además entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro central de inmunización del estado ("ImmTrac"). Una vez que la información del menor esté en ImmTrac, por ley la puede acceder:

- el distrito de salud pública o el departamento de salud local, para propósitos de salud pública dentro de sus áreas de jurisdicción;
- el médico, o algún otro médico o proveedor de atención de salud legalmente autorizado para administrar vacunas, en el tratamiento del menor como paciente;
- la agencia estatal que tenga la custodia legal del menor;
- la escuela o la guardería de Texas en que el menor esté inscrito;
- el pagador, actualmente autorizado por el Departamento del Seguro de Texas para operar en Texas, con respecto a la cobertura del menor.

Entiendo que puedo retirar este consentimiento para incluir información sobre el menor en el Registro de ImmTrac y mi consentimiento para dar a conocer la información del registro en cualquier momento mediante comunicación escrita a Texas Department of State Health Services, ImmTrac Group – MC 1946, P.O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347. Al firmar, YO AUTORIZO el consentimiento para registrarlo. Deseo INCLUIR la información de mi niño(a) en el registro de inmunización de Texas.

Parent/ Legal Guardian Name: _____

Parent/ Legal Guardian Signature: _____

Date: _____