

Hummingbird Pediátricas Registración del Paciente

Nombre: _____

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Dirección de Domicilio: _____

Numero de Teléfono: (_____) _____

Fecha de Nacimiento: _____

Etnicidad: Hispano () No-Hispano()

Raza: _____

Correo Electrónico: _____

Por la presente reconozco que he leído, entendido y estoy de acuerdo con la Poliza de Inmunizacion de Hummingbird Pediatrics. Iniciales del paciente/guardian: _____

Por la presente reconozco que he leído del aviso de prácticas de privacidad/política de HIPPA de Hummingbird Pediatría. Iniciales del paciente/guardián: _____

Doy autorización para tener visitas Telemedicas, via teléfono o video, con el proveedor de mi hijo cuando disponible. Si/No

¿podemos telefonar, enviar un correo electrónico o mandar un mensaje de texto para confirmar las citas? Sí/No

¿podemos dejar un mensaje en su contestador automático en casa o en su teléfono celular? Sí/No

¿podemos enviar recetas electrónicas a una farmacia de su elección? Sí/No

Por la presente reconozco que he leído de la política de la oficina de Pediatría de Hummingbird y tuve la oportunidad de hacer preguntas. Iniciales del paciente/guardián: _____

He leído la política financiera y acepto cumplir con sus términos, así como autorizar a mi compañía de seguros a remitir el pago y los beneficios relacionados directamente a la oficina del médico. Iniciales del paciente/guardián: _____

Por mi firma a continuación, autorizo el consentimiento para el registro de ImmTrac. Deseo incluir la información de mi hijo/a en el registro de inmunización de Texas. Iniciales del paciente/guardián: _____

Por el presente autorizo (cuando no este disponible para dar consentimiento) a la(s) siguiente(s) personas:

Nombre	Relación al Paciente	Numero de Teléfono
--------	----------------------	--------------------

Nombre	Relación al Paciente	Numero de Teléfono
--------	----------------------	--------------------

Nombre del Padre: _____

Firma del padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Poliza de Inmunizaciones de Hummingbird Pediatrics

En Hummingbird Pediatrics creemos que las vacunas previenen enfermedades graves y salvan vidas. Por esta razón, exigimos que todos nuestros pacientes sean vacunados, siguiendo el programa de vacunación recomendado por los Centros para el Control de Enfermedades y la Academia Estadounidense de Pediatría.

Según toda la literatura disponible y los estudios actuales, las vacunas no causan autismo u otras discapacidades del desarrollo. El timerosal, un conservante que había estado en vacunas durante décadas pero ya no está en ninguna vacuna que administremos, no causa autismo u otras discapacidades del desarrollo.

Tenga en cuenta que retrasar o romper las vacunas para administrar una o dos a la vez va en contra de las recomendaciones de los expertos. Esto puede poner a su hijo en riesgo de una enfermedad grave (o incluso la muerte) y va en contra de nuestro consejo médico como proveedores de Hummingbird Pediatrics. Si decide no vacunar a su hijo a pesar de todos nuestros esfuerzos, le solicitamos que busque otro proveedor de atención médica que comparta sus opiniones.

Hummingbird Pediatrics Request for Medical Records

2306 N Alexander Dr., Baytown, TX 77520

Phone: (281) 628-7442 / Fax: (281) 837-7156

Email: Hummingbirdpediatrics@gmail.com

*** Please mail or fax to address or number above ***

Fecha de Hoy: ____/____/____

Nombre de Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Nombre del Padre: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: TX Código Postal: _____

Numero de Celular: (_____) _____

I, _____ por la presente solicitan obtener/divulgar información médica de

Nombre de Clínica o Doctor Anterior : _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Numero de Oficina: _____ Numero de Fax: _____

Please mail or fax only shot record and problem list due to patients/parents request for PCP Change.

Signature: _____ Date: ____/____/____