

Registro Para Pacientes de Pediatría

Instrucciones: Por favor complete toda la información que **es aplicable**.

Información del Paciente		
Nombre del Paciente (Apellido, Primer Nombre):		
Fecha de Nacimiento:	Sexo:	Número de Seguro Social:
Nombre de su hijo/a (Apellido, Primer Nombre):		
Fecha de Nacimiento:	Sexo:	Número de Seguro Social:
Nombre de su hijo/a (Apellido, Primer Nombre):		
Fecha de Nacimiento:	Sexo:	Número de Seguro Social:

Domicilio:	
Número de Teléfono de Casa:	Correo Electrónico:
¿Idioma Preferido?	¿Necesita un Intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Como le gustaría recibir sus recordatorios? <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Llamada telefónica <input type="checkbox"/> No quiero recordatorios	¿Está empleado el paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, nombre del empleador:
Nombre de su Pediatra:	Estatus de Empleo: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo

Contactos del Paciente	
En caso de una emergencia, por favor escriba los nombres de las personas (madre/padre, abuelos, etc) a la cual debemos de contactar:	
(1) Nombre y Apellido del Contacto:	
¿Es igual el domicilio de este contacto como el domicilio del paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si es que no, por favor escriba el domicilio aquí:	
¿Es esta persona padre/madre/tutor legal del paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Número de Teléfono de Casa y/o Celular:	Parentesco al Paciente: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Foster Parent <input type="checkbox"/> Tío/a <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> Vecino/a <input type="checkbox"/> Niñera
(2) Nombre y Apellido del Contacto:	
¿Es igual el domicilio de este contacto como el domicilio del paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si es que no, por favor escriba el domicilio aquí:	
¿Es esta persona padre/madre/tutor legal del paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Número de Teléfono de Casa y/o Celular:	Parentesco al Paciente: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Foster Parent <input type="checkbox"/> Tío/a <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> Vecino/a <input type="checkbox"/> Niñera

Información del Garante

¿Quién es **económicamente responsable** de la cuenta de su hijo/a por si es que hay un cargo que su seguro médico **no cubra**?

Contacto Número Uno (1) Contacto Número Dos (2) Alguien Más

Si es "Alguien Más" por favor escriba el **nombre completo y el domicilio** del indicado:

Sexo del Garante:	Número de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:
--------------------------	---------------------------------	-----------------------------

Parentesco al Paciente: Padre/Madre/Tutor Legal Foster Parent Abuelo/a Pariente

Correo Electrónico:

¿Está **empleada** esta persona? Sí No

Si es que sí, complete la siguiente línea:

Nombre del Empleador/Lugar de Trabajo:	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Retirado
--	--

Información del Seguro Médico Primario

Nombre del Seguro Médico Primario:

Número de la Póliza:

Número del Grupo:

¿**Quien es el suscriptor de este plan?** Contacto Número Uno (1) Contacto Número Dos (2) Garante
 Paciente *solo si el paciente tiene Medi-Cal o Medi-Cal HMO*

Información del Seguro Médico Secundario

Nombre del Seguro Médico Secundario:

Número de la Póliza:

Número del Grupo:

¿**Quien es el suscriptor de este plan?** Contacto Número Uno (1) Contacto Número Dos (2) Garante
 Paciente *(solo si el paciente tiene Medi-Cal o Medi-Cal HMO)*

¿Cómo Se Enteró De Nosotros?

Pariente/Familia/Amistad Doctor Internet/Televisión/Radio Seguro Médico No Se

Nombre del doctor quien los refirió:

¿Cual es el Nombre y Domicilio de Su Farmacia y Laboratorio?

Firma del Padre/Madre/Tutor Legal:

Fecha de Hoy:

¡Muchas gracias! Por favor entregue las formas a las recepcionistas.

Formulario Para Mensajes Detallados Sobre Información de Atención Médica Para Menores

Tiene derecho a autorizar a los proveedores y al personal de UCSF Benioff Children's Physicians (UBCP) a dejar mensajes de voz detallados sobre la información de salud de su hijo/a en una máquina contestadora u otro sistema de grabación de voz. Si autoriza a los proveedores y al personal de UBCP a dejar mensajes de voz detallados, los hospitales, los consultorios de los proveedores, los servicios de atención médica domiciliaria, etc. tendrán permitido dejar información detallada, que puede incluir el diagnóstico médico, la información quirúrgica, otros servicios de atención médica, los resultados de las pruebas, la información sobre medicación y el tratamiento de cualquier enfermedad o afección. La autorización para dejar mensajes detallados es opcional y no es un requisito. UBCP solo dejará mensajes detallados sobre información de salud en el número telefónico autorizado a continuación y no dejará mensajes en cualquier otro número que se encuentre en el registro. La autorización para dejar mensajes de voz detallados continuará siendo válida hasta que decida revocarla por escrito, salvo que haya especificado una fecha. **Dejar mensajes de voz detallados sobre la información de salud de su hijo/a conlleva riesgos que incluyen, entre otros, la posible divulgación de esta información a un tercero. Al firmar este formulario de autorización, reconoce y acepta los riesgos asociados con este tipo de divulgación. En caso de ser divulgada a un tercero que, por ley, no está obligado a preservar su carácter confidencial, es posible que la información sobre la salud de su hijo/a ya no esté protegida por las leyes de confidencialidad estatales o federales.**

Además, tiene derecho a autorizar a los proveedores y al personal de UCSF Benioff Children's Physicians (UBCP) a debatir sobre la información médica detallada de su hijo/a con personas designadas. Esta información detallada puede incluir el diagnóstico médico, la información quirúrgica, otros servicios de atención médica, los resultados de las pruebas, la información de la medicación y el tratamiento de toda enfermedad o afección. Esta autorización es opcional y no es un requisito. La autorización para debatir sobre la información médica detallada de su hijo/a con las personas designadas continuará siendo válida hasta que decida revocarla por escrito, salvo que haya especificado una fecha. Complete el Formulario de Autorización de UBCP para la divulgación de información médica para autorizar a las personas designadas.

Información del paciente	
(1) Nombre del paciente (apellido, primer nombre):	Fecha de nacimiento (DOB):
Fecha de su 18.º cumpleaños:	
(2) Nombre del paciente (apellido, primer nombre):	Fecha de nacimiento (DOB):
Fecha de su 18.º cumpleaños:	
(3) Nombre del paciente (apellido, primer nombre):	Fecha de nacimiento (DOB):
Fecha de su 18.º cumpleaños:	

Información del padre/tutor legal n.º 1:	
Nombre del padre/tutor legal (apellido, primer nombre):	
Fecha de nacimiento (DOB):	Relación con el paciente:
Información del padre/tutor legal n.º 2:	
Nombre del padre/tutor legal (apellido, primer nombre):	
Fecha de nacimiento (DOB):	Relación con el paciente:

Fecha de hoy (Fecha de la autorización):
--

Número(s) de teléfono autorizado(s) para los mensajes detallados		
Número telefónico	Tipo	Padre/tutor legal
	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> N.º 1 <input type="checkbox"/> N.º 2
	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> N.º 1 <input type="checkbox"/> N.º 2
	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> N.º 1 <input type="checkbox"/> N.º 2

AVISO: La autorización vencerá de manera automática cuando el paciente cumpla 18 años.

Fecha(s) específica(s) (Opcional)	
Desde:	Hasta:

Firma del padre/tutor legal

Fecha de hoy

Firma del padre/tutor legal

Fecha de hoy

Firma del testigo (necesario si el paciente/padre/tutor legal no puede firmar)

Fecha de hoy

Relación con el paciente

Recibo de Reconocimiento Del Aviso De Privacidad

Su nombre y la firma en esta hoja indican que ha dado acceso a una copia de la notificación de prácticas de privacidad de UCSF (aviso) en la fecha indicada. Si usted tiene alguna pregunta acerca de la información en el aviso de prácticas de privacidad, no vacile por favor entrar en contacto con un representante de la clínica. Una copia es publicada en nuestro sitio web en www.UBCP.org.

Nombre del Paciente

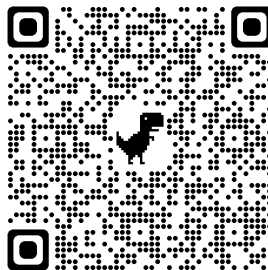
Fecha de Nacimiento

Si El Paciente es Menor, Padre/Madre/Tutor Legal o Nombre del Garante Financiero

Relacion Con El Paciente

Firma del Paciente o Padre/Madre/Tutor Legal

Fecha de Notificacion Recibida



Puede escanear este QR codigo para ver el Aviso de Practicas de Privacidad

Términos y Condiciones de Registro, Servicios Médicos y Acuerdo Financiero

1. UCSF Benioff Children's Physicians (UBCP) es parte de la Universidad y está compuesta de su(s) hospital(es), centro(s) médicos, sus clínicas de hospital, y la Escuela de Medicina de UCSF.
2. **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** Yo doy mi consentimiento a los tratamientos médicos o proceso de atención, radiografías, extracción de sangre para análisis, inyecciones, el tomo de fotografías médicas, videografía, y servicios de laboratorio.
3. **DESCARGO DE INFORMACIÓN MÉDICA:** El Acto de las Prácticas y Uso de Información del Estado de California requiere que UBCP proporcione la siguiente información a quienes dan información de ellos mismos. Como un paciente de UBCP, se pedirá de mi cierta información personal, como mi domicilio, número de teléfono, número de Seguro Social, información de mi seguro médico, historial médico y de tratamiento. El propósito para pedir esta información es para asegurar la identidad, continuación de cuidado médico, y pago para tal cuidado. Bajo la autoridad del Acto Federal de la Ley de Privacidad de 1974, Artículo IX, Sección 9, de la Constitución de California, el Acto de Práctica de Información (Código Civil 1798 y siguientes.), Código de Reglamentos de California, Título 22, Sección 70749, UBCP está autorizado a mantener esta información. Y como requerido por UBCP, el entrega de esta información es obligatorio, menos que se indique al contrario. Yo entiendo que el fallar al entregar esta información puede afectar mi cuidado médico, beneficios y cobertura de mi seguro médico. UBCP obtendrá mi autorización para descargar la información de mi tratamiento médico por escrito, menos en las circunstancias cuando UBCP está permitido o requerido por ley a divulgar la información, (vea Notificación de las Prácticas de Privacidad de UBCP para la descripción de las circunstancias específicas de cuando UBCP puede divulgar esta información). Por ejemplo UBCP puede entregar una copia de mi expediente médico a proveedores de cuidado de salud, planes de guros médicos, agencias gubernamentales, y proveedores de compensación de trabajadores lesionados. Además entiendo que si me diagnostican con una enfermedad de declaración obligatoria en California, se requiere por ley que UBCP reporte mi diagnóstico al Departamento Estatal de Servicios de Salud.
4. **ACUERDO FINANCIERO:** Yo entiendo que aun teniendo cobertura médica, es posible que sea financieramente responsable para parte o por todos mis servicios médicos. Por ejemplo, si tengo un copago, co-insurance, o deducible, yo estoy de acuerdo de pagar la cantidad que debo. Si no tengo cobertura que cubra el servicio que reciba, yo estoy de acuerdo que le pagaré a UBCP para los servicios profesionales y clínicas. Si no puedo pagar, entiendo que tal vez pueda calificar para asistencia pública, arreglo de pagos, y/o servicio de caridad. También entiendo que cuando este acuerdo sea firmado por mi esposo/a, padre/madre, o garante financiero, mi esposo/a, padre/madre o garante financiero será también conjuntamente e individualmente responsable conmigo para pago, incluyendo todos los cargos de coleccion, (honorarios, del abogado, cargos y gastos de coleccion), además a cual otra cantidad que se deba. Cuentas no saldadas serán referidas a otras agencias para coleccion cuales adquirirán intereses a la tasa legal vigente.
5. **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS (INCLUYENDO BENEFICIOS DE MEDICARE):** Yo autorizo pago directo a UBCP por medio de cual quier beneficio de seguro, incluyendo seguro de hospital, y compensación de desempleo beneficios de discapacidad de lo contrario a nombre de o en mi nombre a UBCP, incluyendo servicios de emergencia, a un costo de no sobrepasar los cargos actuales de UBCP. Yo entiendo que soy responsable por los cargos no pagados conforme a este acuerdo. Además estoy de acuerdo de que cualquier crédito que resulte por pago del seguro médico o por otros recursos pueden ser aplicados a cualquier otra cuenta debida por mi a UBCP.

Porfavor firma la parte de atras. El leído todo a lo cual estoy de acuerdo, y he recibido una copia de estos Términos y Condiciones de Servicio:

Nombre del Paciente	Fecha
Firma del Padre o Tutor Legal o Garante Financiero	Fecha
Firma del Testigo (requerido si el padre o tutor legal no puede firmar)	Fecha
Parentesco al Paciente	
Firma del Intérprete (si corresponde)	Fecha
El Idioma Utilizado	

Consentimiento Para el Tratamiento de Menores

Yo, _____, padre o tutor de
(Nombre del Padre o Tutor Legal)

_____, nacido, _____
(Nombre del Paciente) (Fecha de Nacimiento)

doy consentimiento para que obtenga atención médica y la administración de anestesia, procedimientos para salvar su vida o medicamentos determinados por un médico, que sean necesarios para el bienestar de mi hijo/a y dicho hijo/a está bajo el cuidado de UBCP Hilltop/Bancroft Pediatrics sino estoy disponible por teléfono para dar consentimiento. Esta autorización es efectiva a partir de _____ hasta que
(Fecha)

consentimiento se retira.

Firma del Padre o Tutor Legal

Fecha

Autorización Para que Otro Adulto Consienta a Tratamiento (Opcional)

Yo, _____, padre o tutor de
(Nombre del Padre o Tutor Legal)

_____, nacido _____
(Nombre del Paciente) (Fecha de Nacimiento)

autorizo a _____ a actuar como mi agente dar su consentimiento a
(Nombre del Otro Adulto)

cualquier examen de rayos x, anestesia, diagnóstico o tratamiento médico o quirúrgico, y cualquier otro cuidado hospitalario que se considere aconsejable, y debe ser brindado bajo la supervisión general o especial de un médico y/o cirujano con licencia, independientemente de donde se proporcione el tratamiento. Esta autorización se otorga de acuerdo a las disposiciones de la sección 6910 del Código de Familia y es efectiva desde _____ hasta que se retire el consentimiento.
(Fecha)

Firma del Padre o Tutor Legal

Fecha



UBCP MyChart Proxy Authorization Form
Authorization for Parent/Legal Guardian to Disclose Health Information & Grant Proxy Access to Patient's (Age 0 - 11 Yrs Old) UBCP MyChart Account

PATIENT'S NAME: PATIENT'S DATE OF BIRTH:
PATIENT'S MEDICAL RECORD #: Last 4 of Patient Social Security #: _ _ _ _

Important Reminder: UBCP MyChart displays certain health information from medical records, but it does not display all health information in your medical records.

Parent/Legal Guardian of Child: This authorization form is used for minors under the age of 12, in which an Attorney for Health Care, Advance Health Care Directive, or legal papers establishing parental or legal guardianship may be requested. A renewal of this authorization may be requested as well. Expiration of proxy access automatically occurs on the patient's 12th birthday.

AGREEMENT

The UCSF Benioff Children's Physicians (UBCP) Terms and Conditions for UBCP MyChart, and the UBCP MyChart Proxy/Disclaimer for access to My Family's Record in the UBCP MyChart section control this agreement between the patient's Parent/Legal Guardian and UBCP. Please refer to these documents when you sign up online.

YOUR RIGHTS

This Authorization to release health information is voluntary. You may revoke proxy access at any time. For revocation, please contact the patient's practice. The revocation will take effect within two (2) business days upon notification of your request except to the extent UBCP or others have already relied on it.

REVOCATION/EXPIRATION OF AUTHORIZATION

Unless otherwise revoked, or ended by revocation, authorization for UBCP MyChart proxy access will expire automatically when the patient turns 12 years old. In order for revocation to be effective, it must be executed in writing.

Print Name of Parent/Legal Guardian:
If the Parent/Legal Guardian is an UBCP patient:
MRN:
Last 4 of Social Security #:
If the Parent/Legal Guardian is NOT an UBCP patient:
Full Social Security #:
Sex: Male Female
Date of Birth:
Preferred Contact #:
Address:
Preferred Language:

I attest that the above information is true and correct.

Signature of Patient's Parent/Legal Guardian: Date:

Practice representative who witnessed this proxy:
(Print Name)
(Signature) Date: