

## Registro Para Pacientes de Pediatría

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

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

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

Contactos del Paciente	
<b>En caso de una emergencia, por favor escriba los nombres de las personas (madre/padre, abuelos, etc) a la cual debemos de contactar:</b>	
<b>(1) Nombre y Apellido del Contacto:</b>	
¿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 <b>escriba el domicilio</b> aquí:	
¿Es esta persona <b>padre/madre/tutor legal</b> del paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Número de Teléfono de Casa y/o Celular:</b>	<b>Parentesco al Paciente:</b> <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
<b>(2) Nombre y Apellido del Contacto:</b>	
¿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 <b>escriba el domicilio</b> aquí:	
¿Es esta persona <b>padre/madre/tutor legal</b> del paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Número de Teléfono de Casa y/o Celular:</b>	<b>Parentesco al Paciente:</b> <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:

<b>Sexo del Garante:</b>	<b>Número de Seguro Social:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>
--------------------------	---------------------------------	-----------------------------

**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](http://www.UBCP.org).

---

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

---

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

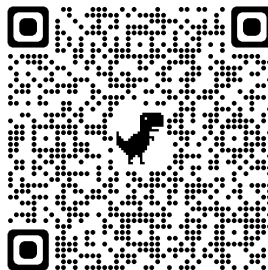
---

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 deductible, 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**  
**Granting Proxy Access to Parent/Guardian on behalf of**  
**an ADOLESCENT (Age 12 - 17 years)**

PATIENT'S NAME: \_\_\_\_\_ PATIENT'S DATE OF BIRTH: \_\_\_\_\_

PATIENT'S MEDICAL RECORD #: \_\_\_\_\_ Last 4 of Patient Social Security #: \_ \_ \_ \_

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

**Parent/Legal Guardian of Adolescent:** This authorization form is used to establish UBCP MyChart accounts for both the Parent/Legal Guardian and the adolescent patient. This authorization form serves as acknowledgement and permission for my adolescent to have a UBCP MyChart account. Legal papers establishing parental or guardian relationship may be requested. A renewal of this authorization may be requested as well. Expiration of proxy access automatically occurs on the patient's 18th birthday.

*I would like to (please circle one) grant / decline my child access to their own individual MyChart account.*

**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 signup 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 2 business days upon notification of your request except to the extent UBCP or others have already relied on it.

**REVOCAION/EXPIRATION OF AUTHORIZATION**

Unless otherwise revoked, or ended by revocation, authorization for UBCP MyChart proxy access will not expire unless the relationship between the legal guardian and the patient changes.

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 Child's Parent/Legal Guardian:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Practice representative who witnessed this proxy:**

\_\_\_\_\_ (Print Name)

\_\_\_\_\_ (Signature)

**Date:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



## UBCP MyChart

### Parent/Legal Guardian Proxy – ADOLESCENT (Age 12-17 years)

Dear Parent/Legal Guardian,

Thank you for signing the *UBCP MyChart Proxy Authorization* form. This is the first step in allowing you to view some of your adolescent's health information online through UBCP *MyChart* patient portal.

UBCP *MyChart* patient portal is offered to you free of charge as an online resource for routine health care needs. For patients age 12-17, UBCP requires signed approval from the parent or guardian in order for the parent/guardian to view some of the child's health information on MyChart. Proxies would have access to adolescent test results, allergies, and immunizations; they can message their adolescent's providers and request appointments on their adolescent's behalf. **Parents/guardians will not have access to information related to sensitive services**, such as reproductive health (i.e. pregnancy testing, contraception, testing and treatment for sexually transmitted diseases), and certain mental health and substance use screening and treatments. Because certain sections may contain sensitive information, parent proxy access will be limited as follows:

Content	Adolescent (12-17 yrs)	Parent Proxy (≥ 12 yrs)	Parent Proxy (0-11 yrs)
Labs	YES	YES	YES
Immunizations	YES	YES	YES
Allergies	YES	YES	YES
Growth Chart	YES	YES	YES
Messaging to and from Provider*	YES	YES	YES
Appointment Request	YES	YES	YES
Appointment View	YES	NO	YES
Problem List/Summary	YES	NO	YES
Medications/Refill Request	YES	NO	YES

\* Parent and teen can send private messages to the provider.

**Once your child turns 18**, you will be removed from their account and will not see any of their health care information. If you have any questions, please call the patient's practice or UCSF MyChart Customer Service at 415-514-6000 (M-F 8 am -5 pm) or email us at [UCSFMyChart@ucsfmedctr.org](mailto:UCSFMyChart@ucsfmedctr.org).