



Marcella A Frausto MD PA 12430 Montwood Dr. El Paso, TX 79928 915-849-9733

### Información del Paciente

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino o Femenino

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_ Numero de Celular: \_\_\_\_\_

### Información de Padres o Guardian Legal

Nombre de Madre: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Numero de Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Domicilio (Si es diferente al del paciente): \_\_\_\_\_

Nombre de Padre: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Numero de Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Domicilio (Si es diferente al del paciente): \_\_\_\_\_

### Información de Seguro Médico Primario

Nombre de Seguro Médico: \_\_\_\_\_

Nombre de Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento de Titular de la póliza \_\_\_\_\_

Numero de Identificación de la póliza: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_ Fecha efectiva \_\_\_\_\_

### Información de Seguro Médico Secundario

Nombre de Seguro Médico: \_\_\_\_\_

Nombre de Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento de Titular de la póliza \_\_\_\_\_

Número de Identificación de la póliza: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_ Fecha efectiva \_\_\_\_\_

**Pacientes Hermanos(as) Bajo Nuestro Cuidado**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Sexo: Masculino o Femenino

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Sexo: Masculino o Femenino

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Sexo: Masculino o Femenino

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Sexo: Masculino o Femenino

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Sexo: Masculino o Femenino

**Consentimiento médico solo para visitas por enfermedad**

(Solo las personas enumeradas pueden traer al paciente al consultorio para visitas por enfermedad)

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero de Celular: \_\_\_\_\_

Relación con el/la paciente \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero de Celular: \_\_\_\_\_

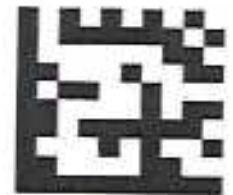
Relación con el/la paciente \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero de Celular: \_\_\_\_\_

Relación con el/la paciente \_\_\_\_\_



REGISTRO DE INMUNIZACIÓN (ImmTrac2)  
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO  
PARA MENORES



(Favor de escribir claramente con letra de molde)

\_\_\_\_\_

Apellido del Niño(a)

\_\_\_\_\_

Nombre del Niño(a)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\*Solamente niños menores de 18 años.

Género:  Masculino  Femenino

Fecha de Nacimiento del Niño(a)

\_\_\_\_\_

Dirección del Niño(a), Calle

\_\_\_\_\_

Ciudad

\_\_\_\_\_

Nombre de la Madre

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Segundo Nombre del Niño(a)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Apartamento #

\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Teléfono

\_\_\_\_

Estado Código Postal Condado

\_\_\_\_\_

Apellido de Soltera de la Madre

ImmTrac2, el registro de inmunización de Texas, es un servicio gratis que proporciona el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS). El registro de inmunización es un servicio seguro y confidencial que consolida y guarda el récord de inmunizaciones de su niño(a) (menor de 18 años de edad). Con su consentimiento, la información de la inmunización de su niño(a) será incluida en ImmTrac2. Los doctores, departamentos de salud pública, escuelas y otros profesionales autorizados pueden tener acceso al historial de inmunización de su niño(a) para asegurar que las vacunas importantes no le falten.

El Departamento Estatal de Servicios de Salud le anima a participar voluntariamente en el registro de inmunización de Texas

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 ("ImmTrac2"). Una vez que la información del menor esté en ImmTrac2, 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 ImmTrac2 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 abajo, YO **AUTORIZO** el consentimiento para registrarlo. Deseo **INCLUIR** la información de mi niño(a) en el registro de inmunización de Texas.

Alguno de los padres, tutor legal o administrador de bienes:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha

Firma

**Notificación Sobre Privacidad:** Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a <http://www.dshs.texas.gov> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

¿Tiene preguntas? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • [www.ImmTrac.com](http://www.ImmTrac.com)

Texas Department of State Health Services • ImmTrac Group - MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

**PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac2:** Please enter client information in ImmTrac2 and affirm that consent has been granted. **DO NOT** fax to ImmTrac2. Retain this form in your client's record.





**Programa de Vacunas para los Niños de Texas**  
Registro de la determinación de elegibilidad del paciente

En el consultorio del proveedor de servicios de salud debe mantenerse, durante un mínimo de cinco (5) años, un registro de todos los niños de 18 años de edad o menores que reciban inmunizaciones por medio del Programa de Vacunas para los Niños de Texas (TVFC). Dicho registro lo puede rellenar el padre o la madre, el tutor, el individuo cuyo nombre aparece en el registro, o el proveedor de servicios de salud. En cada visita para inmunización debe determinarse y documentarse el estado de elegibilidad para el TVFC a fin de asegurar que el menor es elegible para el programa. Aunque no se requiere la verificación de las respuestas, es necesario conservar este registro, o uno similar, para cada niño que reciba vacunas bajo el Programa TVFC.

- Nombre del menor: \_\_\_\_\_  

Apellido	Primer nombre	Inicial del 2.º nombre
----------	---------------	------------------------
- Fecha de nacimiento del menor: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  

mm	dd	aaaa
----	----	------
- Padre, tutor o individuo del registro: \_\_\_\_\_  

Apellido	Primer nombre	Inicial del 2.º nombre
----------	---------------	------------------------
- Nombre del proveedor primario: \_\_\_\_\_  

Apellido	Primer nombre	Inicial del 2.º nombre
----------	---------------	------------------------

5. Para determinar si un menor (de 0 a 18 años de edad) es elegible para recibir vacunas federales por medio del Programa TVFC, en cada cita o visita para inmunización anote la fecha y marque la categoría de elegibilidad apropiada. Si marca una columna de la A a la F, el menor es elegible para el Programa TVFC. Si marca la columna G, el menor no es elegible para las vacunas federales VFC.

Fecha	Elegible para las vacunas VFC				Elegible con programa estatal		No elegible
	A	B	C	D	E	F	G
	Inscrito en Medicaid	No tiene seguro médico	Indoamericano o nativo de Alaska	* Con seguro insuficiente, recibe atención de un FQHC, una RHC, o un proveedor delegado	** Otras situaciones de seguro insuficiente	*** Inscrito en el CHIP	Tiene seguro médico que cubre vacunas

\* El seguro insuficiente incluye a los niños cuyo seguro médico no incluye vacunas o solo cubre ciertos tipos específicos de vacunas. Los niños solo son elegibles para recibir vacunas que no están cubiertas por el seguro. Además, para recibir las vacunas de VFC, los niños con seguro insuficiente deben ser vacunados en un Centro de Salud Federalmente Acreditado (FQHC), en una Clínica de Salud Rural (RHC), o por un proveedor delegado autorizado. El proveedor delegado debe tener un contrato por escrito con un FQHC o una RHC y con el programa de inmunización estatal, local o territorial para poder vacunar a los niños con seguro insuficiente.

\*\* Otros niños con seguro insuficiente son aquellos que, aunque están insuficientemente asegurados, no son elegibles para recibir las vacunas federales por medio del Programa TVFC porque el proveedor o centro no es un FQHC, o una RHC, o un proveedor delegado. Sin embargo, estos niños pueden ser atendidos si las vacunas son proporcionadas por el programa estatal para dar cobertura a los niños que no son elegibles para el TVFC.

\*\*\* Niños inscritos en el programa estatal separado CHIP (Children's Health Insurance Program). Estos niños se consideran asegurados y no son elegibles para recibir vacunas mediante el Programa VFC. Cada estado proporciona orientación específica sobre cómo se adquieren y administran las vacunas del CHIP a través de los proveedores participantes.

Marcella A. Frausto, MD. PA.

Aviso de Leyes de Privacidad

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información.

Por favor, revíselo cuidadosamente

Cada vez que visita un hospital, médico u otro proveedor de atención médica, se hace un registro de su visita. Por lo general, este registro contiene sus síntomas, examen, resultados de pruebas, diagnóstico, plan de tratamiento para atención futura o tratamiento e información relacionada con la facturación.

**Nuestras Responsabilidades**

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información de salud y proporcionarle una descripción de nuestras prácticas de privacidad. Cumpliremos con los términos de este aviso y le notificaremos si no podemos aceptar una restricción solicitada.

**Uso y divulgaciones**

Cómo podemos usar y divulgar información médica sobre usted.

Las siguientes categorías describen ejemplos de la forma en que usamos y divulgamos la información médica:

**Para el tratamiento:** Podemos usar información médica sobre usted para brindarle tratamiento o servicios. Podemos divulgar información médica sobre usted a médicos, enfermeras, técnicos u otras personas que estén involucradas en su cuidado. También podemos proporcionarle a su especialista o a un proveedor de atención médica posterior copias de varios informes que deberían ayudarlo a tratarlo.

**Para el pago:** Podemos usar y divulgar información sobre su tratamiento y servicios para facturar y cobrar pagos de usted, su compañía de seguros o un tercero pagador. Es posible que necesitemos darle a su compañía de seguros información sobre su cirugía o tratamiento para que nos paguen o le reembolsen el tratamiento. También podemos informarle a su plan de salud sobre los tratamientos que va a recibir para determinar si su plan lo cubrirá.

**Para operaciones de atención médica:** Los miembros del personal médico y/o el personal de mejora de la calidad pueden usar la información en su registro de salud para evaluar la atención y los resultados en su caso y otros similares. Por ejemplo, un administrador de casos u otros pueden combinar información médica sobre muchas partes para evaluar la necesidad de nuevos servicios o tratamiento. Podemos divulgar información a médicos, enfermeras y otros proveedores para ver dónde podemos hacer mejoras. Podemos eliminar la información que lo identifica de este conjunto de información médica para proteger su privacidad.

También podemos usar y divulgar información médica:

- A los socios comerciales con los que hemos contratado para realizar el servicio acordado y la facturación del mismo.
- Para recordarle que tiene una cita para recibir atención médica.
- Para informarle sobre posibles alternativas de tratamiento.
- Para informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud.
- Informar a los directores de funerarias de conformidad con las leyes aplicables.

**Socios Comerciales:**

Hay algunos servicios proporcionados en nuestra oficina a través de contratos con socios comerciales. Los ejemplos incluyen servicios médicos en el departamento de emergencias y radiología, ciertas pruebas de laboratorio y un servicio de dictado que utilizamos. Cuando se contratan estos servicios, podemos divulgar su información de salud a nuestro socio comercial para que puedan realizar el trabajo que les hemos pedido que hagan y facturarle a usted o a su seguro por los servicios prestados. Sin embargo, para proteger su información de salud, requerimos que los socios comerciales protejan adecuadamente su información.

**Personas involucradas en su atención o pago por su atención:** Podemos divulgar información médica sobre usted a un amigo o familiar que esté involucrado en su atención médica o que lo ayude a pagar su atención.

**Acuerdo organizado de atención médica:** Esta oficina y su personal han organizado y le presentan este documento como un aviso conjunto. La información se compartirá según sea necesario para llevar a cabo el tratamiento, el pago y la atención médica. Los médicos y cuidadores pueden tener acceso a información de salud protegida en sus oficinas para ayudar a revisar el tratamiento anterior, ya que puede afectar el tratamiento en ese momento.

**Entidad cubierta afiliada:** Los cuidadores en otras instalaciones pueden tener acceso a información de salud protegida en sus ubicaciones para ayudar a revisar la información de tratamiento anterior, ya que puede afectar el tratamiento en este período de tiempo. Póngase en contacto con el gerente de la oficina para obtener más información sobre los sitios específicos incluidos en la entidad cubierta afiliada.

Según lo exige la ley: También podemos usar y divulgar información de salud para los siguientes tipos de entidades, que incluyen, entre otros:

- Autoridades legales o de salud pública encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.
- Agentes de compensación de trabajadores.
- Organizaciones de donación de órganos y tejidos.



- Autoridades de mando militar.
- Organismos de supervisión sanitaria.
- Directores de funerarias, forenses y directores médicos.
- Agencias de seguridad nacional e inteligencia.
- Servicios de protección para el presidente y otros.

**Aplicación de la ley / procedimientos legales:** Podemos divulgar información de salud para fines de aplicación de la ley según lo exija la ley o en respuesta a una citación válida.

**Sus derechos de información de salud:** Aunque su registro de atención médica es propiedad física del profesional de la salud o la oficina que lo compiló, usted tiene derecho a:

**Inspeccionar y copiar:** usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar la información médica que puede ser utilizada para tomar decisiones sobre su atención. Por lo general, esto incluye registros médicos y de facturación, pero no incluye notas de psicoterapia. Podemos denegar su solicitud de inspección y copia en ciertas y muy limitadas circunstancias. Si se le niega el acceso a la información médica, puede solicitar que se revise la denegación.

**Enmienda:** Si cree que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede solicitarnos que modifiquemos la información. Tiene derecho a solicitar una enmienda mientras conservemos la información. Podemos denegar su solicitud de enmienda, y si esto ocurre, se le notificará el motivo de la denegación.

**Una contabilidad de divulgaciones:** tiene derecho a solicitar una contabilidad de divulgaciones. Esta es una lista de divulgaciones que hacemos de información médica sobre usted.

**Restricciones de solicitud:** tiene derecho a solicitar una restricción de limitación en la información médica que usamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite de la información médica que divulgamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su atención o en el pago de su atención, como un familiar o amigo. No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia.

**Solicitar comunicaciones confidenciales:** tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en un lugar determinado, es decir, en el hospital o en el hogar. Aceptaremos la solicitud en la medida en que sea razonable para nosotros hacerlo.

**Una copia impresa de este aviso:** usted tiene derecho a una copia impresa de este aviso. Puede solicitarnos que le entreguemos una copia de este aviso en cualquier momento. Para ejercer cualquiera de sus derechos, obtenga los formularios requeridos del gerente de la oficina y envíe su solicitud por escrito.

#### **Cambios a este Aviso:**

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y el aviso revisado o modificado será efectivo para la información que ya tenemos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. El aviso actual se publicará en la oficina e incluirá la fecha de vigencia.

#### **Quejas:**

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja con nosotros comunicándose con nuestra oficina y preguntando por el gerente de la oficina, o puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Todas las quejas deben presentarse por escrito.

#### **Otros usos de la Información médica:**

Otros usos y divulgaciones de información médica que no estén cubiertos por este aviso o las leyes que se aplican a nosotros se realizarán solo con su permiso por escrito. Si nos proporciona permiso para usar o divulgar información médica sobre usted, puede revocar ese permiso por escrito en cualquier momento. Si revoca su permiso, ya no usaremos ni divulgaremos información médica sobre usted por las razones cubiertas por su autorización por escrito. Usted entiende que no podemos retirar ninguna divulgación que ya hayamos hecho con su permiso, y que estamos obligados a conservar nuestros registros de la atención que le brindamos.

Revisado el 22 de junio de 2021

Dr. Marcella Frausto, M.D., P.A.  
Pediatrics Office

Patient Name: \_\_\_\_\_  
DOB: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MEDICO:** Voluntariamente y con mi consentimiento excepto recibir servicios médicos por parte de los médicos de Dr. Marcella Frausto, M.D., P.A., empleados, asociados de negocios, asistentes o cualquier otro proveedor de servicios de salud según se considere necesario para el cuidado de mi salud. Yo entiendo que estos servicios pueden incluir diagnóstico, exámenes y tratamiento médico. Yo entiendo que no se me ha dado ninguna garantía sobre el curso o el resultado de mi tratamiento.

Yo entiendo que este consentimiento será válido y permanecerá vigente por el tiempo que se me atienda en la clínica de Dr. Marcella Frausto, M.D., P.A. a menos que yo revoque, por escrito, dicho permiso y este aviso sea enviado a cada clínica donde se me preste atención médica.

**AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA:** La información de salud protegida se refiere a sus diagnósticos y/o atención médica proporcionado por Dr. Marcella Frausto, M.D., P.A. que incluye, pero no se limita, a información que se refiere a su salud mental (excepto apuntes de psicoterapia); información relacionada a tratamiento del abuso de alcohol y drogas, enfermedades contagiosas como Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), resultados de pruebas de laboratorio, historial médico, notas de evolución en el tratamiento o cualquier otra información relacionada.

Al firmar este formulario usted permite a Dr. Marcella Frausto, M.D., P.A. usar o revelar información de salud protegida que se refiere a su tratamiento, pago por el tratamiento, manejo del cuidado de su salud y otros asuntos según lo permita la ley. Nuestro Aviso de normas de privacidad le proporciona información acerca de cómo Dr. Marcella Frausto, M.D., P.A. y sus empleados pueden usar y/o revelar información de salud protegida acerca de su tratamiento, pago por el tratamiento, manejo del cuidado de su salud o por otros asuntos relacionados según lo permita y de acuerdo con la ley.

**EXONERACION DE RESPONSABILIDAD LEGAL:** Yo acepto exonerar a Dr. Marcella Frausto, M.D., P.A. y sus agentes, representantes y empleados, de toda responsabilidad asociada con la revelación de información médica confidencial en conformidad con esta autorización. También estoy de acuerdo en que Dr. Marcella Frausto, M.D., P.A. no es responsable por el uso y revelación de esta información por parte de terceras personas.

**RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y TRASPASO DE BENEFICIOS:** En reconocimiento por haber recibido servicios médicos en esta institución, y por este medio, yo traspaso mis derechos, título, e intereses en todos los reclamos que se hagan en nombre mío a la compañía de seguro médico, Medicare/Medicaid, y al Departamento del Plan de Ingresos médicos para recibir estos pagos. También doy autorización para que el pago sea directamente enviado a los médicos de Dr. Marcella Frausto, M.D., P.A. y/o al Departamento de Plan de Ingresos médicos. Certifico también que la información que he proporcionado con relación a los pagadores terciarios incluyendo Medicare/Medicaid es correcta.

Acepto pagar todo los gastos por servicios médicos que no hayan sido cubiertos por, o que excedan la cantidad estipulada por Medicare/Medicaid, mi compañía de seguro médico, o terceras partes, y acepto hacer pagos de a las condiciones establecidas por Dr. Marcella Frausto, M.D., P.A.

Certifico que este documento me ha sido plenamente explicado, lo he leído, o me ha sido leído, y que entiendo su contenido.

**DISPOSICION POR ANTICIPADO:**

Yo he firmado una Disposición por anticipado.  SI  NO

Si su respuesta es si, ¿esta vigente?  SI  NO: He proporcionado una copia firmada a Dr. Marcella Frausto, M.D., P.A.  SI  NO

**AVISO DE NORMAS DE PRIVACIDAD:**

He recibido una copia del Aviso de normas de privacidad. \_\_\_\_\_ (Iniciales del paciente)

Fecha/Hora \_\_\_\_\_ Paciente/otra persona legalmente autorizada \_\_\_\_\_ Imprima su nombre y parentesco con el paciente \_\_\_\_\_

Testigo y imprima su nombre \_\_\_\_\_



## Office Policies

In order to provide your child with the best care in an efficient manner, we ask that you follow a few simple rules:

- All doctor visits are by appointment only. There are daily appointments available, but it is necessary to call first and inquire.
- Please arrive on time for all appointments. If you arrive late your appointment will be rescheduled.
- All appointments must be cancelled in advance.
- Referrals will not be faxed to a specialist's office, if you need a referral please call 48 hours prior to your specialist's appointment.
- There will be a \$3 fee for any lost prescriptions and referrals.
- Vaccine record is required at ALL annual check-ups, if not appointment will automatically be rescheduled.
- Exam rooms are small. Therefore, a parent/guardian and patient in room only.
- Please silence cell phones while in exam room.
- NO food or drinks allowed in waiting area and exam rooms.
- For all annual physicals: ONLY parent/guardian may bring in the patient. Otherwise patient will not be seen.

## Políticas de la oficina

Con el fin de proporcionarle a su hijo la mejor atención de una manera eficiente, le pedimos que siga algunas reglas sencillas:

- Todas las visitas médicas son solo con cita previa. Hay citas diarias disponibles, pero es necesario llamar primero y preguntar.
- Por favor, llegue a tiempo para todas las citas. Si llegas tarde tu cita será reprogramada.
- Todas las citas deben ser canceladas por adelantado.
- Las referencias no serán enviadas por fax a la oficina de un especialista, si usted necesita un referido por favor llame 48 horas antes de la cita de su especialista.
- Habrá una tarifa de \$3 para cualquier prescripción perdida y referidos.
- Se requiere registro de vacunas en todas las revisiones anuales, Si no la cita será automáticamente reprogramada.
- Las salas de examen son pequeñas. Por lo tanto, un padre/tutor y un paciente solo en la habitación.
- Por favor, silencio teléfonos celulares mientras está en la sala de examen.
- NO hay comida ni bebidas permitido en la zona de espera y salas de examen.
- Para todos los exámenes físicos anuales: solo los padres/tutores pueden traer al paciente. De lo contrario, el paciente no será visto.



## Autorización para divulgar información a Médico de Atención Primaria

Entiendo que mis registros están protegidos bajo la ley estatal aplicable que rige información de atención médica relacionada con los servicios de salud mental y bajo el regulaciones federales que rigen la confidencialidad del paciente con alcohol y abuso de drogas 42 CRF Parte 2, y no puede ser divulgado sin mi consentimiento por escrito salvo disposición en contrario de la medida en que se han tomado medidas en función de eso. Esta versión caducará automáticamente doce (12) meses a partir de la fecha firmada.

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo a \_\_\_\_\_

**Imprima el nombre de los pacientes    Por favor imprima el nombre de los médicos tratantes**

**POR favor MARQUE UNO:**

- \_\_\_\_\_ Para divulgar cualquier información aplicable a mi médico de atención primaria
- \_\_\_\_\_ Para divulgar información de medicamentos a mi médico de atención primaria
- \_\_\_\_\_ NO divulgar información a mi médico de atención primaria

\_\_\_\_\_  
**Fecha de firma del paciente o del tutor del paciente**

\_\_\_\_\_  
**Por favor, imprima el nombre de la persona que firmó Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre, Dirección y Número de Teléfono de los Médicos de Atención Primaria:**

\_\_\_\_\_  
**MARCELLA A. FRAUSTO MD PA**  
\_\_\_\_\_  
**13430 MONTWOOD DR**  
\_\_\_\_\_  
**EL PASO, TX 79928**  
\_\_\_\_\_  
**PH: (915) 849-9733 FAX: (915) 849-9744**

**Los servicios de telemedicina involucran el uso interactivo de video y/o audio conferencia que permite al doctor(a) proveer consultas médicas de manera virtual desde la comodidad de su hogar.**

1. Entiendo que la calidad en el servicio de telemedicina será el mismo que el ofrecido en una visita regular.
2. Entiendo que no estaré físicamente en el mismo cuarto que mi doctor(a). Al mismo tiempo seré notificado(a) de manera inmediata si otra persona se encuentra en la visita virtual aparte del doctor(a).
3. Entiendo que existen riesgos significantes con el uso de tecnología, estos incluyen pero no están limitados a: interrupciones, interferencias telefónicas u otros problemas técnicos.
  - a. Si el equipo utilizado durante la consulta virtual no es el adecuado, entiendo que mi doctor(a) podrá cancelar la sesión, y buscara otros medios para continuar con la misma sesión.
  - b. Tengo el derecho de no aceptar la consulta virtual, y en el caso de haber aceptado previamente, dejar de participar con este servicio. Dicho rechazo será documentado en mi expediente médico. También entiendo que mi decisión no afectara el cuidado médico que la práctica tiene conmigo.
4. Puedo rechazar el servicio de consultas virtuales llamando al 915-849-9733
5. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y confidencialidad del cuidado médico aplican a los servicios de telemedicina.
6. Entiendo que mi información médica podrá ser compartida con miembros de RGU para agendar citas y para cobranza.
  - a. Entiendo que mi aseguranza tendrá acceso a mi expediente médico para efectos de auditoria en los servicios médicos proporcionados.
  - b. Entiendo que seré responsable por costos no cubiertos por mi aseguranza como son los co-pagos o co-aseguranza que aplique a mi consulta virtual.
  - c. Entiendo que las políticas de cobertura médica para servicios de telemedicina podrán variar de las políticas emitidas para visitas físicas.
7. Entiendo que este documento formara parte de mi expediente médico.

Al firmar esta forma estoy certificando: (1) he leído esta forma (o me la han explicado), la he entendido completamente y estoy de acuerdo con lo que contiene; (2) me han respondido mis preguntas, me han explicado los riesgos y beneficios y las alternativas que los servicios de telemedicina ofrecen en un lenguaje lo suficientemente comprensible. Por último, entiendo que estas visitas serán reguladas por los estados donde el doctor(a) practique medicina y donde yo me encuentre, aunque sean diferentes.

---

Nombre del paciente/Nombre del guardián Firma del paciente/Guardián del paciente

---

Firma del testigo Fecha