



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Fecha de hoy: _____

INFORMACION DEL PACIENTE: (Por favor de usar su nombre legal completo, no sobrenombres)

Apellido: _____ Nombre: _____ Iniciales del medio: _____

Sexo (M) _____ (F) _____ Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social #: _____

Teléfono de Casa: (_____) _____ -- _____ # Teléfono Móvil: (_____) _____ -- _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Por favor díganos como se enteró de nosotros: _____ Referido por: _____

INFORMACION DEL GARANTE:

Nombre Completo de la madre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

de Seguro Social: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono Móvil: (_____) _____ -- _____ Email: _____

Nombre y dirección del trabajo de la Madre: _____

Ocupación _____ # De teléfono del trabajo _____

Nombre Completo del Padre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

de Seguro Social _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono Móvil: (_____) _____ -- _____ Email: _____

INFORMACION DE LA FARMACIA:

Nombre: _____ Dirección: _____

Numero de Tel: (_____) _____ -- _____ Numero de fax: (_____) _____ -- _____



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

INFORMACION DEL SEGURO:

Seguro Primario: _____ ID del seguro: _____

¿Este cubierto por Medicaid? SI (____) NO (____) Medicaid #: _____

Por favor muéstrole a la secretaria la tarjeta del Seguro corriente. Les pedimos a los pacientes que nos muestren el seguro para sacarle una fotocopia.

AUTHORIZACION DE PAGO:

Yo _____ autorizo por medio al Doctor _____ MD, obtenga información de mi presente enfermedad. Autorizo al seguro para que le pague al Doctor todos sus beneficios como resultado de sus servicios. Aunque estoy cubierto/ a por mi seguro, sé que todavía soy responsable por todos los cargos. Una copia de esta autorización es válida como original.

Firma _____ Fecha _____

Estamos obligados POR LEY hacer las siguientes preguntas, gracias.

Fecha de hoy: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento del Paciente: _____

¿Cuál es la **RAZA** de esta persona? Por favor marque una de las cajas abajo:

O Blanco O Negro o Afroamericano O Asiático O Nativo de Hawái o de otras Islas del Pacifico
O Indio Americano O No se sabe U otro: _____

O Me niego a responder

¿Cuál es la **ETNICIDAD** de esta persona? Por favor marque una de las cajas abajo:

O Hispano o Latino O NO Hispano o Latino O Prefiero no decir
O No se sabe O otro: _____

NEWBORN SCREEN RESULTS
MEDICAL RELEASE FORM
AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION MEDICA

PASSAIC PEDIATRICS II
913 Main Ave. Passaic, NJ 07055
PHONE (973) 458-8000, FAX (973) 458-8425

TO: NEWBORN SCREENING PROGRAM

TELEFONO/PHONE: 609-530-8371

FAX: 609-530-8373

Mother's name/Nombre de la mama

Child's name/Nombre del Bebe:

Hospital where baby was born/Hospital donde nacio el bebe:

Child's DOB/Fecha de nacimiento del bebe:

Patient's Address/Dirección del paciente:

Patient's Phone#/Teléfono del paciente:

****FIRMA DEL PADRE/LA MADRE**:** _____

PLEASE SEND US THE FOLLOWING: *(Por favor mandarnos lo siguiente:)*

 ☐ NEWBORN SCREEN RESULTS *(pruebas del recién nacido del hospital)*

Comments *(Comentarios)*:

*** Confidentiality Notice ***

The documentations accompanying this facsimile transmission contain confidential information belonging to the sender that are legally privileged. This information is intended only for the use of the individual or entity. Any other party is required to destroy the information after its stated need has been fulfilled, unless otherwise required by the state law. If you are not the intended recipient, you are hereby notified that disclosure, copying, distribution, or action taken in reliance on the contents of these documents is strictly prohibited. If you have received this facsimile in error, please notify the sender immediately to arrange for return of these documents.



**AUTORIZACION PARA DIVULGAR
INFORMACION MEDICA**

Passaic Pediatrics II PA

913 Main Ave, Passaic NJ 07055

Phone : (973) 458-8000, Fax : (973) 458-8425

Nombre del Doctor anterior o Hospital: _____

de teléfono del Doctor anterior o Hospital: _____

de fax del Doctor anterior o Hospital: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento del Paciente: _____

dirección del Paciente: _____

De teléfono del Paciente: _____

** Firma del Paciente **: _____ Fecha: _____

PLEASE SEND US FOR THE FOLLOWING DATES OF SERVICE: _____

____ ALL VACCINE RECORDS (TODOS LOS REGISTROS DE VACUNAS) ____ ALL CONSULTATION NOTES (NOTAS)

____ ALL GROWTH CHARTS (TODAS LAS GRAFICAS DE CRECIMIENTO) ____ ALL LAB RESULTS (RESULTADOS)

____ ALL RADIOLOGY RESULTS (TODOS LOS RESULTADOS DE RADIOLOGIA) ____ ALL PROGRESS NOTES (NOTAS DE PROGRESO)

OTHER(OTRO): _____

Comments (COMENTARIOS): _____

Aviso Confidencial

La documentación que acompaña a esta transmisión por fax contiene información confidencial perteneciente al remitente que es legalmente privilegiada. Esta información está destinada únicamente para el uso de la persona o entidad. Cualquier otra parte esta obligada a destruir la información después de que se haya satisfecho su necesidad declarada, a menos que la ley exija lo contrario. Si usted no es el destinatario previsto, por la presente se le notifica que la divulgación, copia, distribución o acción realizada con base en el contenido de estos documentos esta estrictamente prohibida. Si ha recibido este facsímil por error, notifique al remitente de inmediato para coordinar la devolución de estos documentos.



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA

Yo _____, siendo el padre y / o tutor legal de
_____ (en adelante, mi hijo (a) por la presente autorizo a las siguientes personas:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

A buscar y obtener atención medica para mi hijo (a) en virtud de esta autorización.

Mi hijo (a) tiene las siguientes alergias: _____

Estoy de acuerdo en ser financieramente responsable por el costo de la atención medica proporcionada a mi hijo (a) en virtud de esta autorización.

Mi compañía de seguros de salud es _____ y mi número de póliza es
_____.

Firma del padre (o tutor legal): _____ Fecha: _____

Firma del testigo _____ Fecha: _____

Yo padre o tutor legal soy responsable en darle seguimiento a las informaciones de mis hijos: (Lea y marque)

☐ Resultados de Laboratorio

☐ Vacunas

☐ Consultas de Especialista

☐ Citas Medicas

☐ Evaluaciones Generales

☐ Formularios para recoger

Firma del padre (o tutor legal): _____ Fecha: _____



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

AVISO DE PRIVACIDAD

Su Privacidad es Importante

Passaic Pediatrics, PA. entiende que su privacidad es importante. Usted ha recibido esta notificación, de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables y porque usted es un paciente actual o potencial. Este aviso le ayudara a entender que tipo de disposición publica podemos recopilar como la usamos y como protegemos su privacidad.

Passaic Pediatrics, P.A. Destacados de la póliza de Privacidad

- Recopilamos información personal no publica para procesar y administrar los negocios de nuestros pacientes.
- Tenemos pólizas y procedimientos para proteger la información personal no-publica acerca de nuestros pacientes o sus familias.
- No vendemos la información personal no-publica acerca de nuestros pacientes o sus familiares a terceros, es decir; las empresas o persona que no estén vinculadas, con nosotros.
- Nosotros no revelamos ninguna información personal no publica acerca de nuestros pacientes o sus familiares a cualquier persona, excepto si es permitido por la ley.
- Revelamos su información medica privada de forma rutinaria a las compañías de seguros, otros proveedores, y otros a los efectos de las operaciones de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.
- Para todos los otros propósitos, o bien obtener su autorización o eliminar toda la información que pudiera identificarlo como individuo.
- Nuestra póliza de privacidad se aplica tanto los pacientes actuales y anteriores.

ESTE AVISO DE PRIVACIDAD SE PROPORCIONA PARA FINES INFORMATIVOS. USTED NO TIENE QUE LLAMAR O TOMAR CUALQUIER ACCION EN REPUESTA A ESTE AVISO. LE RECOMENDAMOS QUE LEA Y CONSERVE ESTE AVISO PARA SUS ARCHIVOS PERSONALES.

913 Main Ave Passaic NJ, 07055
Ph (973) 458-8000 Fax (973) 458-8425

79 Market Street, Passaic NJ, 07055
Ph (862) 238-8333 Fax (862) 238-8338

6 of 6



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

Que detalla la póliza de Privacidad de Passaic Pediatrics II PA

¿Qué tipo de información no-publica personal recopila Passaic Pediatrics II PA?

Empleados, representantes, agentes de Passaic Pediatrics II P.A y de terceros seleccionados pueden recopilar información personal no publica acerca de nuestros pacientes o sus familias, incluyendo:

- Información proporcionada a nosotros, como en la solicitud u otros formularios.
- Sobre transacciones con afiliados, nuestros terceros o nosotros.
- información de otros, tales como las agencias de información de crédito, los empleados y las agencias federales estatales.

Los tipos de información personal no publica Passaic Pediatrics II P.A recoge varía en función de los productos o servicios prestados y pueden incluir, por ejemplo; saldos de cuentas, las primas de seguros, el estado civil y antecedentes de salud.

¿Qué hace Passaic Pediatrics II P.A para proteger la información personal no-publica?

Nosotros restringimos el acceso a la información personal no-publica a aquellos empleados, agentes, representantes o terceros que necesiten conocer la información para proporcionar productos y servicios a nuestros pacientes o sus familias.

Tenemos pólizas y procedimientos que le dan sentido a nuestros empleados, agentes y representantes que actúe en nuestro nombre, en cuanto a la forma de proteger y utilizar su información.

Mantenemos medidas de seguridad física, electrónica y de procedimiento para proteger la información personal no-publica.

¿Con quién Passaic Pediatrics II P.A comparte información personal no publica, y por qué?

No compartimos la información personal no-publica sobre nuestros pacientes o sus familias con nadie, incluyendo otras compañías afiliadas o terceros, excepto si es permitido por la ley.

ESTE AVISO DE PRIVACIDAD SE PROPORCIONA PARA FINES INFORMATIVOS. USTED NO TIENE QUE LLAMAR O TOMAR CUALQUIER ACCION EN RESPUESTA A ESTE AVISO. LE RECOMENDAMOS QUE LEA Y CONSERVE ESTE AVISO PARA SUS ARCHIVOS PERSONALES.



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Podemos revelar, según lo permitido por la ley la información no publica personal que recopilamos cuando sea necesario, a las empresas afiliadas, agentes, empleados, representantes y terceros que administran nuestros servicios y las cuentas de los clientes en nuestro nombre.

Ejemplos de los tipos de empresas a las cuales le podemos divulgar información personal no publica incluyen; abogados, fideicomisarios, administradores de terceros, agentes de seguros, compañías de seguros, organizaciones de apoyo de seguros, agencias de informes de crédito, registradas corredores/ agente, los Auditores y los reguladores.

No compartimos información de salud personal identificable a menos que el cliente o la legislación aplicable autoricen un mayor intercambio.

¿Tiene pólizas de privacidad de Passaic Pediatrics II PA's que se aplican a sus agentes y representantes?

La póliza de Privacidad de Passaic Pediatrics II PA's se aplica, en la medida requerida por la ley, a sus agentes y representantes, cuando estos actúen en nombre de Passaic Pediatrics II P.A.

Nota: Es posible que haya casos en los que estos mismos agentes y representantes no pueden estar actuando en nombre de Passaic Pediatrics II P.A en cuyo caso se pueden recopilar información personal no publica en su propio nombre de otro. En estos casos, Passaic Pediatrics II P.A no se aplicará.

¿Cambiará la póliza de Passaic Pediatrics II P.A?

Passaic Pediatrics II P.A. reserve el derecho a modificar cualquiera de sus políticas de privacidad y los procedimientos relacionados en cualquier momento, de conformidad con las leyes federales y estatales aplicables. Usted recibirá un aviso apropiado si cambia nuestra Política de privacidad.

Por la presente reconozco que he sido presentado con la copia de la notificación de Passaic Pediatrics II P.A de prácticas de privacidad.

Firma: _____

Fecha: _____

ESTE AVISODE PRIVACIDAD SE PROPORCIONA PARA FINES INFORMATIVOS. USTED NO TIENE QUE LLAMAR O TOMAR CUALQUIER ACCION EN REPUESTA A ESTE AVISO. LE RECOMENDAMOS QUE LEA Y CONSERVE ESTE AVISO PARA SUS ARCHIVOS PERSONALES.

**New Jersey Department of Health
Vaccine Preventable Disease Program**

**Departamento de Salud de Nueva Jersey
Programa de Enfermedades Inmunoprevenibles**
Dirección postal: P.O. Box 369, Trenton, NJ 08625-0369
Teléfono: 609-826-4860 Fax 609-826-4866
www.njiis.nj.gov

**AUTORIZACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN
EL SISTEMA DE INFORMACIÓN SOBRE VACUNACIÓN DE NUEVA JERSEY
NEW JERSEY IMMUNIZATION INFORMATION SYSTEM (NJIIS)**

- GUARDAR UNA COPIA DEL PRESENTE DOCUMENTO EN LA HISTORIA CLÍNICA -

DATOS DEL INSCRITO	DATOS DE PADRE/MADRE/TUTOR (si se trata de un menor de edad)
Nombre y apellidos del inscrito (<i>letra de imprenta</i>)	Nombre y apellidos (<i>letra de imprenta</i>)
Fecha de nacimiento	Dirección
País de nacimiento	Ciudad, estado, código postal
Nombre y apellidos del proveedor de atención médica primaria	Relación al inscrito
He recibido información acerca del Sistema de Información sobre Vacunación de Nueva Jersey (<i>New Jersey Immunization Information System, NJIIS</i>) y entiendo que el objetivo de la inscripción es para que yo reciba recordatorios de las dosis pendientes según el calendario de vacunación pertinente (ya sea el mío o el de mi hijo) y se establezca un registro central de vacunas administradas. Entiendo que los datos de salud que constan en el sistema pueden compartirse con los proveedores de servicios de salud autorizados, instituciones educativas entre las cuales figuran instituciones de estudios superiores, centros de cuidado infantil autorizados, entidades de salud pública, compañías de seguros de salud y otras personas autorizadas por la ley de Nueva Jersey N.J.S.A. 26:4-131, y siguientes, y las normas N.J.A.C. 8:57-3. Entiendo que puedo obtener un comprobante de las vacunas administradas del proveedor de servicios de salud de familia, departamento de salud local o Departamento de Salud de Nueva Jersey, y que la dirección web y el número de teléfono del Departamento de Salud figuran en la parte superior del presente documento. No hay costo de inscripción. ☐ Sí, opto por inscribirme. ☐ No, no opto por inscribirme.	
Firma del inscrito (padre/madre/tutor si se trata de un menor de 18 años)	Fecha

Nombre del lugar de inscripción <i>NJIIS</i>	Número de identificación <i>NJIIS</i>	Número de historia clínica
--	---------------------------------------	----------------------------

- GUARDAR UNA COPIA DEL PRESENTE DOCUMENTO EN LA HISTORIA CLÍNICA -