



**MIDCAROLINA PEDIATRICS**  
2607 W. Arrowood Road  
Charlotte, North Carolina 28273  
Ph.: 704/588/0232 Fax: 704/588/0445  
[www.midcarolinaped.com](http://www.midcarolinaped.com)

**INFORMACIÓN DE: PACIENTE**

Fecha \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Inicial

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

---

**INFORMACIÓN DE PADRES**

Nombre de Madre: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Inicial

SS# \_\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Inicial

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

SS# \_\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA**

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

\*\*\* Por favor utilizar una persona conocida o una amistad.

## INFORMACIÓN DE SEGURO MEDICO

### Seguro Primario

Nombre del Régimen de Seguro: \_\_\_\_\_

Sostenedor de Póliza: \_\_\_\_\_

Número de Identificación: \_\_\_\_\_

Número de Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_

Fecha en que Seguro comenzó: \_\_\_\_\_

Deducibles: \_\_\_\_ Copago: \_\_\_\_

### Seguro Secundario

Nombre del Régimen de Seguro: \_\_\_\_\_

Sostenedor de Póliza: \_\_\_\_\_

Número de Identificación: \_\_\_\_\_

Número de Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre de empleador: \_\_\_\_\_

Fecha en que Seguro comenzó: \_\_\_\_\_

Deducibles: \_\_\_\_ Copago: \_\_\_\_

### RESPONSABLE:

Reconozco que yo, \_\_\_\_\_, soy responsable y obligado (a) para todas las cargas alcanzadas para los servicios profesionales rendidos. Reconozco que soy responsable de todas las cargas sin importar mi cobertura médica existente. En acontecimiento que mi compañía de seguros me remite pagos directamente, yo entregare tal pago a **MidCarolina Pediatrics**. Entiendo que soy responsable de resolver mis deducibles del seguro y Coaseguros y cualquier servicio no cubierto. Si mi cuenta se atrasa, el balance será inmediatamente pagado. Autorizo a mi compañía de seguros a obtener de cualquier información médica necesaria para procesar los cargos, y asigno por este medio el pago de todos los beneficios médicos a **MidCarolina Pediatrics**.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

### Declaración Del Acuerdo Con Respecto a Faltado o Cancelado De Cita:

#### Entiendo y convengo lo siguiente:

Es mi responsabilidad notificar a MidCarolina Pediatrics 24 horas antes de mi cita programada si no puedo asistir.

Convengo que me mandarán a mi cuenta un honorario de \$20.00 dólares en el acontecimiento que faltara una cita o no pueda cancelar 24 horas antes de la cita programada.

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

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

### Consentimiento para el administro de vacunas

Yo \_\_\_\_\_ autorizo a MidCarolina Pediatrics administrar cualquier tipo de vacunas que sea recomendada por la American Academia of Pediatrics and the North Carolina Departament of Health Servicies Inmunización Branch para mi niño (a)

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma de padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

### Consentimiento de Servicio Medico

Yo \_\_\_\_\_ autorizo y consiento voluntariamente para mi

Niño(a) \_\_\_\_\_ sea examinado(a) y evaluado(a) por

**MIDCAROLINA PEDIATRICS**. También convengo para que la prueba rutinaria sea administrada según lo juzgado necesario. Se incluye en este acuerdo el permiso para el tratamiento y remisión a otras instalaciones apropiadas de salud cuando sea necesario.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Firma de Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

**AUTHORIZATION FOR MEDICAL RECORDS RELEASE  
AND DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION**

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

I authorize \_\_\_\_\_ PH: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_  
**Name of entity/physician that holds your records**

Disclosure/Release the above named individual's health information as described below (check all applicable):

- All Records  Abstract/Summary  Laboratory/Pathology records
- X-Ray's/EKG's  Billing Records  Physician Progress notes
- Consultation Reports  Immunization Records
- Other: \_\_\_\_\_

**NOTE: If these records contain any information from previous providers about HIV/AIDS status, cancer diagnosis, alcohol abuse/drug and/or substance abuse, mental health notes, or sexually transmitted disease, you are hereby authorizing disclosure of this information.**

These records are for services provided on the following date(s): \_\_\_\_\_

**Please send the records listed above to:**

**MidCarolina Pediatrics  
2607 W. Arrowood Road  
Charlotte, North Carolina 28273  
Ph.: (704) 588-0232 Fax: (704) 588-0445**

The information may be used/ disclosed for each of the following purposes:

At my request (only patient can check this box)

- For employment purposes
- Continuation of Care  For payment/insurance  other \_\_\_\_\_

This authorization shall expire no later than: \_\_\_\_\_ or upon the following event (whichever is sooner): \_\_\_\_\_

If I fail to specify an expiration date, event, or condition, this authorization will expire in six months. I understand that I have the right to cancel this authorization at any time. I understand that if I wish to withdraw this authorization I must do so in writing. I must present my written cancellation to the health information management department. I understand that the authorization withdrawal will not apply to information that has already been released due to this authorization. I understand that the cancellation will not apply to my insurance company when the law provides my insurer with the right to contest a claim under my policy. I understand that authorizing the release of the health information is voluntary. I do not have to sign this form to release treatment. I understand that I may inspect or copy the information to be used or disclosed, as provided in CFR 164.524. I understand that any disclosure of information carries with it the possibility for an authorized re-disclosure and the information may not be protected by federal confidentiality rules. If I have questions about the disclosure of any health information, I can contact my physician's office manager.

Print Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature (Firma de Padre/Guardian): \_\_\_\_\_

**ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE ESTE DOCUMENTO CUIDADOSAMENTE.**

Este Aviso de Procedimientos en Asuntos Confidenciales de Salud, describe la forma en que nosotros podríamos utilizar y revelar su información médica protegida (PHI) a efecto de Llevar a cabo su tratamiento, pago o en asuntos administrativos relacionados con su salud (TPO) y para otros propósitos permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos para tener acceso y control sobre su Información médica protegida. La "Información médica protegida" es información que se refiere a usted, e incluye información demográfica, que lo identifica y lo relaciona con alguna condición física o mental presente, pasada o tortura, y los servicios médicos asociados con el tratamiento de esta condición.

**Uso y Diseminación de Información Médica Protegida:**

Su información médica protegida podrá ser utilizada y revelada por su médico, el personal en nuestra oficina y otras fuentes externas a nuestra oficina que estén involucradas en su tratamiento, con el propósito de proveer servicios médicos para usted, para ayudarle durante el proceso del pago por los servicios médicos de los que usted es el objeto, en apoyo a los asuntos administrativos de la oficina médica que le presta servicios, y cualquier otro uso requerido por la ley.

**Tratamiento:**

Nosotros utilizaremos y revelaremos su información médica protegida a efecto de proveer, coordinar, o administrar sus servicios médicos y otros servicios relacionados. Esto incluye la coordinación o administración de su tratamiento médico con una tercera entidad. Por ejemplo, nosotros revelaríamos su información médica protegida, según sea necesario, a una agencia de salud que le proporcione asistencia. Por ejemplo, su información médica protegida puede ser proveída a otro médico que el doctor le recomiende, a efecto de asegurar que este médico tenga la información necesaria para diagnosticar o tratar su caso.

**Pago por Servicios:**

Su información médica protegida será utilizada, según sea necesario, para obtener pago por los servicios médicos de que sea objeto. Por ejemplo, cuando se requiere que ingrese a un hospital, es posible que se requiera que aspectos relevantes de su historial médico protegido, tengan que ser revelados a la compañía de seguros, para obtener la aprobación necesaria para su hospitalización.

**Manejo Administrativo de la Información:**

Usaremos o revelaremos, según sea necesario, su información médica protegida, a efecto de apoyar las actividades administrativas de su médico. Estas actividades incluyen, pero no son limitadas a, actividades para evaluar la calidad, revisión de las actividades de los empleados, entrenamiento de estudiantes de medicina, licenciatura, o para Llevar a cabo o coordinar otras actividades administrativas. Por ejemplo, de requerirse, revelaremos su información médica protegida a estudiantes de medicina que tratan a pacientes en nuestra oficina. Además, en la hoja de registro colocada en el mostrador de la oficina, le pediremos que proporcionara su nombre, y que indique el nombre del médico que usted desea ver. Le llamaremos por su nombre en la Sala de espera cuando se presente la oportunidad para ver a su doctor. De ser necesario, usaremos o revelaremos su información protegida, para ponernos en contacto con usted y recordarle de su cita en nuestra oficina. Sin su autorización, cuando sea necesario, usaremos o revelaremos su información médica protegida. Estas situaciones incluyen: cuando sea requerido por la ley, en asuntos concernientes a la salud pública, como te indica la ley, Enfermedades Contagiosas; Descuido referente a su salud; Abuso o Negligencia; requerimientos de la Secretaría de Salubridad; Procedimientos Legales; Asuntos Policiacos; Médicos Forenses; Directores de Funerarias, y Programas de Donación de órganos; Investigación; Actividad Criminal; Actividad Militar y de Seguridad Nacional; Compensación a Trabajadores; Presos; Usos Requeridos y Revelación es: De acuerdo a la ley, estamos obligados a informarle, y cuando sea requerido por el Directivo de La Secretaria de Salubridad y Servicios Humanos, para investigar o determinar nuestro acatamiento a los requisitos contenidos en la Sección 164.500. Otros Usos y revelaciones Permitidos y Requeridos Se Llevaran A cabo únicamente Mediante Su Consentimiento y Autorización o usted tendrá la Oportunidad de Oponerse a que se Revele esta Información, a menos que esta sea requerida por la ley. Usted podrá revocar esta autorización, en cualquier momento por escrito, exceptuando los casos en que el doctor o sus ayudantes administrativos hayan tomado una acción basada en los lineamientos descritos en la autorización.

**Sus Derechos** A continuación se describen sus derechos con respecto a su información médica protegida.

**Usted tiene el derecho de revisar y obtener una copia de su información médica protegida.** Bajo la ley federal, sin embargo, usted no podrá revisar ni obtener copia de los siguientes expedientes; registros de psicoterapia; información compilada con anticipación razonable de, o que vaya a ser usada en procedimientos civiles, criminales, o administrativos, e información médica que la ley prohíbe sea revelada.

**Usted tiene el derecho de solicitar que se imponga una restricción a su información médica protegida.** Esto significa que usted puede solicitarnos que no se use o divulgue cualquier parte de su información médica protegida con el propósito de tratamiento, pago o asuntos administrativos. Usted También podrá solicitar que una parte de la información médica protegida no se divulgue a miembros de su familia o amistades que estén involucradas en su tratamiento o para efectos de notificación.

Aviso de Procedimientos en Asuntos Confidenciales de Salud. Su solicitud deberá de indicar las restricciones específicas que desea no sean divulgadas y a quienes quiere que estas restricciones se apliquen.

Su médico no está obligado a obedecer una restricción que usted haya requerido. Si el médico cree que es en su propio beneficio el permitir el uso y divulgación de su información médica protegida, esta no será restringida. En este caso usted tiene el derecho de buscar los servicios de otro Médico.

Usted tiene el derecho de solicitar y recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en otra ubicación. Usted tiene el derecho de obtener una copia de este aviso por parte nuestra, mediante la solicitud respectiva, no obstante que usted haya accedido a aceptar este aviso por un medio alternativo, por ejemplo, por vía electrónica.

Es posible que usted pueda tener el derecho a que su médico enmiende su información médica protegida. Si nosotros rechazamos su solicitud de enmienda a su expediente, usted tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y de requerirse, nosotros podríamos preparar una respuesta de refutación a su declaración, si tal respuesta se llegara a preparar, usted tiene el derecho de recibir una copia.

**Usted tiene el derecho de recibir un informe de ciertos elementos que hayan sido revelados, si es que el caso se hubiere presentado, de su información médica protegida.**

En futuro, nosotros nos reservamos el derecho de modificar los términos de este aviso le notificaremos por correo si es que se hayan presentado algunos cambios. Entonces usted tiene el derecho de oponerse o retirarse como fue indicado con anterioridad en este aviso.

**Quejas:** Usted puede presentar una queja a nosotros o al Director de la Secretaría de Salubridad y Servicios Humanos si usted cree que sus derechos de confidencialidad hayan sido violados por nosotros. Usted puede presentar una queja con nosotros, notificando a la persona designada para ello en nuestra oficina. **Si usted presenta una queja, le aseguramos que no habrá represalias por parte nuestra.**

Este aviso fue publicado y toma efecto a partir de/o antes de 14 de abril de 2003. La ley requiere que mantengamos la confidencialidad de, y proveamos a individuos con, este aviso de nuestras obligaciones legales y de los procedimientos en asuntos confidenciales de su salud con respecto a la información médica protegida. Si usted tiene una objeción con respecto a esta forma, pida hablar en persona con nuestro Administrador del Programa HIPAA, o por teléfono al número de conmutador principal. Su firma en la siguiente línea, sirve únicamente para indicar que usted ha recibido este Aviso de Procedimientos en Asuntos Confidenciales de Salud

Nombre de paciente \_\_\_\_\_

Firma del padre del guardián \_\_\_\_\_

Relación del representante al paciente



**MIDCAROLINA PEDIATRICS**

**ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Nombre del Paciente y Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

He recibido una copia de la notificación de prácticas de privacidad para la práctica nombrada arriba.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
For Office Use Only

**We were unable to obtain a written acknowledgement of receipt of Notice of Privacy Practices because:**

- An emergency existed & a signature was not possible at the time.
- The individual refused to sign.
- A copy was mailed with a request for a signature by return mail.
- Unable to communicate with the patient for the following reason:  
\_\_\_\_\_
- Other: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Prepared By:** \_\_\_\_\_

**Signature:** \_\_\_\_\_

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

**ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER  
UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A  
ESTA INFORMACION. POR FAVOR REVISE ESTE DOCUMENTO  
CUIDADOSAMENTE.**

Este Aviso de Procedimientos en Asuntos Confidenciales de Salud, describe la forma en que nosotros podríamos utilizar y revelar su información médica protegida (PHI) a efecto de llevar a cabo su tratamiento, pago o en asuntos administrativos relacionados con su salud (TPO) y para otros propósitos permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos para tener acceso y control sobre su información médica protegida. La "Información médica protegida" es Información que se refiere a usted, e incluye información demográfica, que lo identifica y lo relaciona con alguna condición física o mental presente, pasada o futura, y los servicios médicos asociados con el tratamiento de esta condición.

**Uso y Diseminación de Información Médica Protegida**

Su información médica protegida podrá ser utilizada y revelada por su médico, el personal en nuestra oficina y otras fuentes externas a nuestra oficina que estén involucradas en su tratamiento, con el propósito de proveer servicios médicos para usted, para ayudarle durante el proceso del pago por los servicios médicos de los que usted fue objeto, en apoyo a los asuntos administrativos de la oficina médica que le presta sus servicios, y cualquier otro use requerido por la ley.

Tratamiento: Nosotros utilizaremos y revelaremos su información médica protegida a efecto de proveer, coordinar, o administrar sus servicios médicos y otros servicios relacionados. Esto incluye la coordinación o administración de su tratamiento médico con una tercera entidad. Por ejemplo, nosotros revelaríamos su información médica protegida, según sea necesario, a una agencia de salud que le proporciona asistencia. Por ejemplo, su información médica protegida puede ser provista a otro médico que el doctor le recomiende, a efecto de asegurar que este médico tenga la información necesaria para diagnosticar o tratar su caso.

Pago por Servicios: Su información médica protegida será utilizada, según sea necesario, para obtener pago por los servicios médicos de que fue objeto. Por ejemplo, cuando se requiere que ingrese a un hospital, es posible que se requiera que aspectos relevantes de su historial médico protegido, tengan que ser revelados a la compañía de seguros, para obtener la aprobación necesaria para su hospitalización.

Manejo Administrativo de la Infamación: Usaremos o revelaremos, según sea necesario, su información médica protegida, a efecto de apoyar las actividades administrativas de su médico. Estas actividades incluyen, pero no son limitadas a, actividades para evaluar la calidad, revisión de las actividades de los empleados, entrenamiento de estudiantes de medicina, licenciatura, o para llevar a cabo o coordinar otras actividades administrativas. Por ejemplo, de requerirse, revelaremos su información médica protegida a estudiantes de medicina que tratan a pacientes en nuestra oficina. Además, en la hoja de registro colocada en el mostrador de la oficina, le pediremos que proporcione su nombre, y que indique el nombre del médico que usted desea ver. Le llamaremos por su nombre en la sala de espera cuando se presente la oportunidad para ver a su doctor. De ser necesario, usaremos o revelaremos su información protegida, para ponernos en contacto con usted y recordarle de su cita en nuestra oficina.

Sin su autorización, cuando sea necesario, usaremos o revelaremos su información médica protegida. Estas situaciones incluyen: cuando sea requerido por la ley, en asuntos concernientes a la salud como lo indica la ley, Enfermedades Contagiosas; Descuido referente a su salud: Abuso o Negligencia: requerimientos de la Secretaria de Salubridad: Procedimientos Legales: Asuntos Policiacos: Médicos Forenses: Directores de Funerarias, y Programas de Donación de Órganos: Investigación: Actividad Criminal: Actividad Militar y de Seguridad Nacional: Compensación a Trabajadores: Presos: Usos Requeridos y Revelaciones: De acuerdo a la ley, estamos obligados a informarle, y cuando sea requerido por el Directivo de La Secretaria de Salubridad y Servicios Humanos, para investigar o determinar nuestro acatamiento a los requisitos contenidos en la Sección 164.500.

Otros Usos y Revelaciones Permitidos y Requeridos Se Llevaran A cabo Únicamente Mediante Su Consentimiento y Autorización o Usted Tendrá la Oportunidad de Oponerse a que se Revele esta Información, a menos que esta sea requerida por la ley.

Usted podrá revocar esta autorización, en cualquier momento por escrito, exceptuando los casos en que el doctor o sus ayudantes administrativos hayan tornado una acción basada en los lineamientos descritos en la autorización.

Sus Derechos A continuación se describen sus derechos con respecto a su información médica protegida.

Usted tiene el derecho de revisar y obtener una copia de su información medica protegida. Bajo la ley federal, sin embargo, usted no podrá revisar ni obtener copia de los siguientes expedientes; registros de psicoterapia; información compilada con anticipación razonable de, o que vaya a ser usada en procedimientos civiles, criminales, o administrativos, e información medica que la ley prohíbe sea revelada.

Usted tiene el derecho de solicitar que se imponga una restricción a su información médica protegida. Esto significa que usted puede solicitarnos que no se use o divulgue cualquier parte de su información médica protegida con el propósito de tratamiento, pago o asuntos administrativos. Usted también podrá solicitar que una parte de la información médica protegida no se divulgue a miembros de su familia o amistades que estén involucradas en su tratamiento, o para efectos de notificación como se describe en este Aviso de Procedimientos en Asuntos Confidenciales de Salud. Su solicitud deberá de indicar las restricciones específicas que desea no sean divulgadas y a quienes quiere que estas restricciones se apliquen.

Su médico no está obligado a obedecer una restricción que usted haya requerido. Si el medico cree que es en su propio beneficio el permitir el use y divulgación de su información medica protegida, esta no será restringida. En este caso usted tiene el derecho de buscar los servicios de otro Médico.

Usted tiene el derecho de solicitar y recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en otra ubicación. Usted tiene el derecho de obtener una copia de este aviso por parte nuestra, mediante la solicitud respectiva, no obstante que usted haya accedido a aceptar este aviso por un medio alternativo, por ejemplo, por vía electrónica.

Es posible que usted pueda tener el derecho a que su médico enmiende su información médica protegida. Si nosotros rechazamos su solicitud de enmienda a su expediente, usted tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y de requerirse, nosotros podríamos preparar una respuesta de refutación a su declaración, Si tal respuesta se llegara a preparar, usted tiene el derecho de recibir una copia.

**Usted tiene el derecho de recibir un informe de ciertos elementos que hayan sido revelados, si es que el caso se hubiere presentado, de su información medica protegida.**

En el futuro, nosotros nos reservamos el derecho de modificar los términos de este aviso y le notificaremos por correo si es que se hayan presentado algunos cambios. Entonces usted tendrá el derecho de oponerse o retirarse como fue indicado con anterioridad en este aviso.

**Quejas**

Usted podrá presentar una queja a nosotros o al Director de la Secretaria de Salubridad y Servicios Humanos si usted cree que sus derechos de confidencialidad hayan sido violados por nosotros. Usted podrá presentar una queja con nosotros, notificando a la persona designada para ello en nuestra oficina. *Si usted presenta una queja, le aseguramos que no habrá represalias por parte nuestra.*

Este aviso fue publicado y toma efecto a partir de/o antes del *14 de abril de 2003*.

La ley requiere que mantengamos la confidencialidad de, y proveamos a individuos con, este aviso de nuestras obligaciones legales y de los procedimientos en asuntos confidenciales de su salud con respeto a la información medica protegida. Si usted tiene una objeción con respecto a esta forma, pida hablar en persona con nuestro Administrador del Programa HIPAA, o por teléfono al número de conmutador principal.

Su firma en la siguiente línea, sirve únicamente para indicar que usted ha recibido este Aviso de Procedimientos en Asuntos Confidenciales de Salud.