

BIENVENIDO A PEDIATRICS 2000 II PC

Apellido, Primer, Segundo Nombre del Paciente

Proveedor Preferido

Direccion, Apt #

Fecha de Nacimiento

Ciudad, Estado,Codigo Postal

Sexo

Telefono. Casa

Celular #

Trabajo #, Ext

Nombre de Madre

DOB

Estado Marital

Nombre de Padre

DOB

Estado Marital

Contacto de Emergencia

Telefono

Relacion

Tutor Legal (si es diferente de la Madre/Padre)

E-mail (si tiene uno)

Nacionalidad de los Padres

Raza/Etnia (Voluntaria)

Farmacia de Preferencia, Direccion o Telefono

Idioma de Preferencia

Como usted supo de nuestra Clinica?



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA DE CONFORMIDAD CON HIPAA

[Este formulario fue aprobado por el Departamento de Salud del estado de Nueva York]

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
Dirección del paciente		

Yo o mi representante autorizado, solicitamos que la información médica con relación a mi atención se divulgue como se establece en este formulario:

De acuerdo con la Ley del estado de Nueva York y el Reglamento de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de 1996 (HIPAA), yo entiendo que:

1. Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con las notas de **TRATAMIENTO POR ABUSO DE ALCOHOL y DROGAS, TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL**, excepto las notas de psicoterapia **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH*** solo si coloco mis iniciales en la línea adecuada en el punto 9(a). En caso de que la información médica descrita a continuación incluya cualquiera de estos tipos de información y coloco mis iniciales en la línea en la casilla del punto 9(a), yo autorizo específicamente la divulgación de esa información a la(s) persona(s) indicada(s) en el punto 8.

2. Si estoy autorizando la divulgación de información relacionada con el VIH, tratamiento de alcohol o drogas o información de tratamiento de salud mental, el beneficiario tiene prohibido volver a divulgar esa información sin mi autorización a menos que lo permita la ley federal o estatal. Yo entiendo que tengo el derecho a solicitar una lista de personas que pueden recibir o utilizar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si soy víctima de discriminación debido a la divulgación o intercambio de información relacionada con el VIH, me puedo comunicar con la División de Recursos Humanos del estado de Nueva York al (212) 480-2493 o la Comisión de Derechos Humanos de la ciudad de Nueva York al (212) 306-7450. Estas agencias son responsables de proteger mis derechos.

3. Yo tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento por escrito al solicitarlo al proveedor de atención médica que se indica a continuación. Entiendo que yo puedo revocar esta autorización excepto en la medida que se haya tomado alguna acción en base a esta autorización.

4. Yo entiendo que firmar esta autorización es voluntario. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para los beneficios no se condicionará en base a mi autorización de esta divulgación.

5. La información divulgada bajo esta autorización la podría volver a divulgar el receptor (excepto como se indica arriba en el punto 2), y esta nueva divulgación podría ya no estar protegida por la ley federal o estatal.

6. ESTA AUTORIZACIÓN NO LE AUTORIZA DISCUTIR MI INFORMACIÓN MÉDICA O DE ATENCIÓN MÉDICA CON NADIE MÁS QUE EL ABOGADO O LA AGENCIA DE GOBIERNO QUE SE ESPECIFICA EN EL PUNTO 9(b).

7. Nombre y dirección del proveedor médico o entidad para divulgar esta información:

8. Nombre y dirección de la(s) persona(s) o categoría de persona a quien se debe enviar esta información:

9(a). Información específica a divulgar:

- Registro médico de (insertar fecha) _____ a (insertar fecha) _____
- El registro médico completo, incluyendo historias clínicas del paciente, notas del consultorio (excepto las notas de psicoterapia), resultados de análisis, estudios de radiología, radiografías, consultas, registros de facturación, registros de seguro y registros enviados a usted por otros proveedores de atención médica.
- Otro: _____

Incluye: (Indicar con iniciales)

_____ Tratamiento de alcohol/drogas

_____ Información de salud mental

_____ Información relacionada con el VIH

Autorización para discutir información médica

(b) Coloque aquí sus iniciales _____ Yo autorizo _____
Iniciales Nombre del proveedor individual de atención médica
para discutir mi información médica con mi abogado o con la agencia de gobierno que se indica aquí:

_____ (Nombre del abogado/firma o nombre de la agencia de gobierno)

10. Razón para divulgar la información: <input type="checkbox"/> A solicitud de una persona individual <input type="checkbox"/> Otro:	11. Fecha o evento en que rescindirá esta autorización:
12. Si no es el paciente, nombre de la persona que firma el formulario:	13. Autoridad para firmar en nombre del paciente:

Se completaron todos los puntos en este formulario y se respondieron mis preguntas sobre el mismo. Además, me proporcionaron una copia del formulario.

Firma del paciente o representante autorizado por la ley.

Fecha: _____

* El virus de inmunodeficiencia humana causa el SIDA. La Ley de salud pública del estado de Nueva York protege la información que razonablemente podría identificar a alguien que tiene la infección o los síntomas del VIH y la información relacionada con los contactos de una persona. 51-0102S (Rev. 11/13) White – Record Yellow – Member

Declaración de la Política de Vacunas de Pediatría 2000

Durante los últimos años nuestros médicos y enfermeras practicantes han hecho todo lo posible para apoyar a las familias que están preocupadas por la vacunación de sus hijos. Nuestra filosofía ha sido que es nuestro papel proporcionar información concluyente y científica que puede ayudar a aliviar esas preocupaciones y en última instancia alentar a todos los padres a cumplir con las recomendaciones de la comunidad médica. Desafortunadamente, hay un pequeño grupo de padres que insisten en que no vacunarán a sus hijos, o que han encontrado un calendario de vacunación con el que se sienten más seguros que el calendario recomendado por los expertos en salud en todo el mundo. Grupos en nuestra sociedad que utilizan la Internet para difundir una variedad de falsedades han promovido este fenómeno. Numerosos estudios científicos mundialmente han confirmado la seguridad de las vacunas y la medicina basada en la evidencia.

Los acontecimientos recientes nos han llevado a reevaluar nuestra política con respecto a los niños no vacunados o retrasados en sus vacunas que utilizan nuestra práctica para el cuidado de la salud. En todo el país, las acciones de relativamente pocos padres han puesto en riesgo a muchos de los más vulnerables. La tos ferina y el sarampión están ahora en pleno resurgimiento. Estas enfermedades son mortales, especialmente para nuestros pacientes más jóvenes. Los infantes y aquellos sometidos a quimioterapia pueden estar desprotegidos contra estas enfermedades. Además, los niños expuestos a enfermedades como el sarampión requieren semanas de cuarentena, lo que crea una tremenda carga para los padres que trabajan. Frente a brotes recientes, **ya no tenemos la opción de apoyar a las familias que deciden no vacunar o retrasar las vacunas recomendadas. Muchos de nuestros pacientes que cumplen con las vacunas han expresado su preocupación por la posible exposición en nuestros centros de salud. Es nuestro deber proporcionar el ambiente más seguro posible para recibir atención médica.**

En Pediatría 2000:

- Creemos firmemente en la eficacia de la medicina basada en la evidencia y la administración de vacunas que previenen enfermedades graves y salvan vidas.
- Creemos firmemente en la seguridad de nuestras vacunas
- Creemos firmemente que todos los niños deben recibir todas las vacunas recomendadas de acuerdo con el calendario publicado por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP por sus siglas en inglés) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) y la Academia Americana de Pediatría (AAP).
- Creemos firmemente, basado en toda la literatura disponible, evidencia y estudios actuales, que las vacunas no causan autismo u otras discapacidades del desarrollo.

Todos nuestros proveedores creen que la vacunación de sus hijos puede ser la intervención más importante para promover la salud y la intervención más importante para salvar vidas que puede realizar como padres. Existe una política de salud pública para promover el bienestar de todos los niños de nuestra comunidad.

A partir del 1 de marzo de 2017, nuestra práctica no aceptará nuevas familias que no crean en la vacunación de sus hijos. Pacientes establecidos de Pediatría 2000 que están retrasados con las vacunas requeridas por el Estado de Nueva York se les dará suficiente aviso y tiempo para traer a sus hijos al día. Los pacientes que están atrasados en las vacunas requeridas serán dados hasta 6 () meses para cumplir con nuestra nueva política. Si su hijo está atrasado, le brindaremos un fácil acceso para que su hijo esté al día.

Como resultado de lo anterior, Pediatría 2000 establece nuestra política sobre la medicina basada en la evidencia. Dicha política establece:

1. Todos los niños deben recibir todas las vacunas recomendadas por el AAP que el Estado de Nueva York ordene para la entrada a la escuela, así como la serie completa de Hib y Prevnar.
2. Todos los niños deben comenzar a recibir sus vacunas a los 2 meses de edad y estar al día en todas las vacunas requeridas (incluyendo MMR y Varicela) a la edad de 2 años.
3. Utilizaremos el calendario de vacunación según lo determinado por la AAP y el CDC.
4. Si un padre o cuidador elige limitar a su hijo a dos vacunas a la vez, deben venir a la oficina a intervalos de 2-4 semanas para permanecer dentro de la "ventana" recomendada para las vacunas.
5. Si un padre o cuidador elige limitar a su hijo a una vacuna a la vez, deben venir a la oficina a intervalos semanales para permanecer dentro de la "ventana" recomendada para las vacunas.
6. Todos los padres que no sigan la guía de vacunación del AAP deben firmar una renuncia de que están utilizando un calendario alternativo de las vacunas. Este horario debe ser aprobado por un médico o enfermera practicante.
7. Las excepciones para la ventana AAP incluyen: Hepatitis B, Hepatitis A, Influenza y HPV.
8. La serie de la Hepatitis B debe ser completada antes de la entrada de la escuela.
9. La serie de Hepatitis A, aunque muy recomendada por nuestros proveedores, puede ser aplazada hasta el momento en que el Estado de Nueva York lo requiera para ingresar a la escuela.
10. La vacuna contra la influenza es recomendada anualmente para todos los niños mayores de 6 meses, sin embargo, no es obligatorio por el momento.
11. La serie de vacunas del Virus del Papiloma Humano está aprobada y muy recomendada para niños/as idealmente entre las edades de 11-13, pero no es obligatoria en este momento.
12. Los padres o cuidadores que no estén de acuerdo con la política de vacunas de Pediatría 2000 recibirán un período de gracia de 30 días para encontrar otra práctica pediátrica. Ofrecemos toda la ayuda posible para ayudarle a seleccionar un nuevo proveedor pediátrico que aceptará familias que decidan no vacunar a sus hijos. Por favor, reconozca que al no vacunarse usted está poniendo a su hijo en un riesgo innecesario a enfermedades y discapacidades potencialmente mortales, e incluso la muerte.

Las guías de CDC proporcionan una ventana para cuándo debe administrarse una vacuna específica. Esto permite suficiente flexibilidad para que su hijo sea vacunado adecuadamente. Preferimos seguir siendo el Pediatra de su hijo y no rechazaremos a ninguna familia que esté trabajando activamente para vacunar adecuadamente a sus hijos. Nuestro personal de médicos y enfermeras está aquí para ayudar. Póngase en contacto con nosotros si tiene alguna pregunta o inquietud.

Nombre del Paciente: _____

Firma del padre/tutor: _____

Fecha: _____