Consentimiento de los padres para el uso y divulgación de la salud de mi hijo para su Tratamiento. Pago o servicios Médicos relacionados.

Nombre del niño	Fecha de Nac.	Nombre del custodio del niño

Entiendo que como parte del cuidado de la salud de mi hijo, Sunshine Pediatrics produce y mantiene registros en papel y electrónicos describiendo el historial de la salud de mi hijo, síntomas, exámenes físicos y resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos y planes para su tratamiento o cuidados futuros. Entiendo que esta información sirve para:

- Como base para planear el tratamiento y la salud de mi hijo.
- Como medio de comunicación entre múltiples profesionales de salud que contribuyen al cuidado de mi hijo.
- Una fuente de información para aplicar disgnosticos y tratamientos en mis facturas.
- Un médico por el cuál quién paga las facturas pueda verificar que los servicios que proveyeron sean los efectivamente facturados, y
- Como herramienta para que los Servicios de Salud pueda rutinariamente verificar la calidad y revisar la competencia de los profesionales en el área de salud.

Entiendo y se me ha sido proporcionada una copia de las prácticas de privacidad de Sunshine Pediatrics que describe de una manera mas completa de los usos y divulgación de información. Entiendo que tengo lso siguientes derechos y privilegios;

- El derecho a revisar este aviso antes de firmarlo para dar mi consentimiento.
- El derecho a solicitar restricciones acerca de como la información de la salud de mi hijo puede ser utilizada o divulgada para el tratamiento, pago o funcionamiento de Servicios Médicos.

Yo entiendo que Sunshine Pediatrics no requiere estar deacuerdo con las restricciones solicitadas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto cuando ya se haya tomado alguna acción. También entiendo que si me rehuso a firmar este consentimiento o revocarlo Sunshine Pediatrics puede rehusarse a tratar a mi hijo como lo permite la Sección 164.506 del Código de Regulaciones Federales. Y también entiendo que Sunshine Pediatrics se reserva el derecho de cambiar sus avisos y practicas antes de su implementación, de acuerdo a la Sección 164.520 de Código de Regulaciones Federales. Si Sunshine Pediatrics cambia el aviso, ellos mandaran una copia revisada al domicilio que he proporcionado (Domicilio de los Estados Unidos o, si estoy deacuerdo por email).

Quisiera tener las siguientes restricciones para el uso y divulgación de la información de la salud de mi hijo:

_____

_____

Entiendo que como parte del tratamiento que Sunshine Pediatrics proporcina, pagos o Servicios Médicos, puede ser necesario la divulgación de información de la salud de mi hijo a otra entidad, y consiento en dicha divulgación para estos usos permitidos, incluido el uso de fax. Yo entiendo completamente y acepto los términos de este consentimiento.

Firma de Custodio del niño	Fecha

SUNSHINE pediatrics

HISTORIA DE INFANCIA, NIÑOS, ADOLESCENCIA

Fecha:_____

I

Nombre del Niño_____
(apellido) (nombre)

Fecha de Nacimiento_____ M F *(circulo)*

El niño vive con_____
(madre, padre, padres, etc)

Dirección_____
(calle)

_____
(ciudad) (estado) (zip)

Teléfono_____

Anteriormente Visto por/tratado por_____
(nombre del medico)

Dirección _____
(calle)

_____
(ciudad) (estado) (zip)

Escuela del niño _____
(nombre)

AHCCCS #
ID del niño_____

II. HISTORIAL DE NACIMIENTO DEL NIÑO

Durante el embarazo con este niño:

	Circule Uno			Circule Uno	
1. ¿Tuvo usted presión alta de sangre?	Si	No	8. ¿Le trataron por gonorrea o sífilis?	Si	No
2. ¿Tuvo usted diabetes o azúcar en la orina?	Si	No	9. ¿Tomo Alcohol?	Si	No
3. ¿Tuvo usted albumine o proteína en la orina?	Si	No	10. ¿Cuánto duro su embarazo?	____ meses	
4. ¿Tuvo usted infección de la orina?	Si	No	11. ¿Qué tan pronto vio a su medico?	____ meses	
5. ¿Tuvo usted rubéola?	Si	No	12. ¿Fue prematuro su niño?	Si	No
6. ¿Tomo medicina?	Si	No	13. ¿Tuvo más de un niño?	Si	No
7. ¿Fumo cigarros?	Si	No	14. ¿Tuvo un parto difícil?	Si	No
			¿Nació de vagina?	Si	No
			¿Nació por cesárea?	Si	No

III HISTORIAL MEDICO PASADO/PRESENTE/NUTRICIONAL

1. ¿Respiro/lloro su niño inmediatamente al nacer?	Si	No
2. ¿Tuvo su niño ictericia al nacer?	Si	No
3. ¿Tuvo su niño problema de RH?	Si	No
¿Recibió transfusión de sangre?	Si	No
4. ¿Se vio normal el niño al nacer?	Si	No
5. ¿Se le hizo la prueba de Célula Falciforme al nacer?	Si	No
6. ¿Se hizo la prueba de PKU al nacer?	Si	No
7. ¿Durante el primer año de vida tomo pecho El niño?	Si	No
¿Por cuánto tiempo?_____		

8. ¿Durante el primer año tomo el niño formula? Si No
¿Por cuánto tiempo?_____
(semanas, meses)

9. Si tuvo problema de alimentación, expliquelo_____

10. Dejo el pecho a _____
(edad del niño(a))

11. Empezó a tomar leche entera _____
(edad del niño(a))

¿Problemas /Alergias? _____

12. Empezó a comer sólidos _____
(edad del niño(a))

¿Problemas / Alergias? _____

HISTORIA DE INFANCIA, NIÑOS, ADOLESCENCIA (continuation)

IV. IMPORTANTE INFORMACION MEDICA

ENFERMEDAD/ ACCIDENTE/CIRUGIA	COMPLICACIONES/SEVERIDAD	REACCIONES ALERGICAS A DROGAS Y COMIDAS	EDAD DEL NIÑO
1.			
2.			
3.			
4.			

V. INFORMACION DE IMMUNIZACIONES

Ponga las fechas o una X en el lugar apropiado:

NOMBRE DE VACUNA	Birth	1 mes	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	15 meses	18 meses	24 meses	4-5 yrs	11-12 yrs	13-18 yrs
1. Hepatitis B												
2. Hepatitis A												
3. DTAP/DTP/DT-TD												
4. Vacuna de Polio												
5. HIB												
6. MMR(paperas, sarampión, rubéola)												
7. Varicela (Chicken pox)												
8. PCV7(pneumococal)												
9. TB (prueba)												

Reacciones a las vacunas:_____

Por favor muestre la cartilla de las vacunas al doctor.

VI. HISTORIA SOCIAL/ DESARROLLADA

1. El niño(a) tiene hermanos _____ y hermanas?_____
2. El niño es _____ de la familia?
   (el mayor, menor, de enmedio)
3. ¿Quién pasa mas tiempo cuidando al niño? _____
   (padre, madre, etc.)
4. ¿Va el niño a la guardería, niñera o pre-kinder regularmente? Circule uno: Si No
5. El niño se sentó a los _____
   (edad del niño(a))
6. El niño gateo a los _____
   (edad del niño(a))
7. El niño camino a los _____
   (edad del niño(a))
8. El niño empezó a hablar a los _____
   (edad del niño(a))

VII. HISTORIA DE FAMILIA

¿Ha sido atendido o ha tenido un pariente en primer grado de su niño?

Circule Uno

1. Alergias..... Si No
2. Enfermedad de sangre..... Si No
3. Cáncer..... Si No
4. Enfermedad de pulmón..... Si No
5. Problema cardiaco..... Si No
6. Diabetes (azúcar en la orina)..... Si No
7. Tuberculosis (TB)..... Si No
8. Enfermedad mental..... Si No

VIII. PROBLEMAS/PREOCUPACIONES

¿Tiene su bebe/niño algun problema constante que preocupe? Si es asi, marque un X en los cuadros.

- ☐ Corre muy poco
- ☐ Llora mucho
- ☐ No duerme
- ☐ Problemas en la escuela
- ☐ Come demasiado
- ☐ Tiene frecuentes berrinches
- ☐ Frecuente Constipación
- ☐ Problemas de comportamiento
- ☐ Habla con dificultad
- ☐ No siempre responde al ruido o las palabras
- ☐ Se ve pequeño para su edad
- ☐ Tiene siempre mucosidad y/o tos
- ☐ Ve con dificultad
- ☐ Moja la cama

¿Hay algunos otros problemas? Por favor anótelos aquí_____

Firma_____
(Padre, Guardian, Encargado)

Revisado por:_____
(Dr., PA, Enfermero)

In accordance with the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, as of April 14, 2003 all health care providers are required to provide their patients with a 'Notice of Privacy Practice' statement. The following is a generic 'Notice of Privacy Practice' statement designed to provide you with an idea of what you should expect to be receiving from your health care provider.

Sunshine Pediatrics

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

Sunshine Pediatrics is required, by law, to maintain the privacy and confidentiality of your protected health information and to provide our patients with notice of our legal duties and privacy practices with respect to your protected health information.

Disclosure of Your Health Care Information

Treatment
We may disclose your health care information to other healthcare professionals within our practice for the purpose of treatment, payment or healthcare operations. (example)

> *"On occasion, it may be necessary to seek consultation regarding your condition from other health care providers associated with sunshine pediatrics."*

> *"It is our policy to provide a substitute health care provider, authorized by sunshine pediatrics to provide assessment and/or treatment to our patients, without advanced notice, in the event of your primary health care provider's absence due to vacation, sickness, or other emergency situation."*

Payment
We may disclose your health information to your insurance provider for the purpose of payment or health care operations. (example)

> "*As a courtesy to our patients, we will submit an itemized billing statement to your insurance carrier for the purpose of payment to sunshine pediatrics for health care services rendered. If you pay for your health care services personally, we will, as a courtesy, provide an itemized billing to your insurance carrier for the purpose of reimbursement to you. The billing statement contains medical information, including diagnosis, date of injury or condition, and codes which describe the health care services received."*

Workers' Compensation
We may disclose your health information as necessary to comply with State Workers' Compensation Laws.

Emergencies
We may disclose your health information to notify or assist in notifying a family member, or another person responsible for your care about your medical condition or in the event of an emergency or of your death.

Public Health
As required by law, we may disclose your health information to public health authorities for purposes related to: preventing or controlling disease, injury or disability, reporting child abuse or neglect, reporting domestic violence, reporting to the Food and Drug Administration problems with products and reactions to medications, and reporting disease or infection exposure.

Judicial and Administrative Proceedings.
We may disclose your health information in the course of any administrative or judicial proceeding.

Law Enforcement.
We may disclose your health information to a law enforcement official for purposes such as identifying or locating a suspect, fugitive, material witness or missing person, complying with a court order or subpoena, and other law enforcement purposes.

Deceased Persons.
We may disclose your health information to coroners or medical examiners.

Organ Donation.
We may disclose your health information to organizations involved in procuring, banking, or transplanting organs and tissues.

Research.
We may disclose your health information to researchers conducting research that has been approved by an Institutional Review Board.

Public Safety.
It may be necessary to disclose your health information to appropriate persons in order to prevent or lessen a serious and imminent threat to the health or safety of a particular person or to the general public.

Specialized Government Agencies.
We may disclose your health information for military, national security, prisoner and government benefits purposes.

Marketing.
We may contact you for marketing purposes or fundraising purposes, as described below: (example)

> *"As a courtesy to our patients, it is our policy to call your home on the evening prior to your scheduled appointment to remind you of your appointment time. If you are not at home, we leave a reminder message on your answering machine or with the person answering the phone. No personal health information will be disclosed during this recording or message other than the date and time of your*

scheduled appointment along with a request to call our office if you need to cancel or reschedule your appointment."

"It is our practice to participate in charitable events to raise awareness, food donations, gifts, money, etc. During these times, we may send you a letter, post card, invitation or call your home to invite you to participate in the charitable activity. We will provide you with information about the type of activity, the dates and times, and request your participation in such an event. It is not our policy to disclose any personal health information about your condition for the purpose of Comeau Health Care Associates sponsored fund-raising events."

Change of Ownership.
In the event that Sunshine Peds is sold or merged with another organization, your health information/record will become the property of the new owner.

Your Health Information Rights

- You have the right to request restrictions on certain uses and disclosures of your health information. Please be advised, however,that Sunshine Pediatricsis not required to agree to the restriction that you requested.

- You have the right to have your health information received or communicated through an alternative method or sent to an alternative location other than the usual method of communication or delivery, upon your request.

- You have the right to inspect and copy your health information.

- You have a right to request that Sunshine Pediatrics amend your protected health information. Please be advised, however, that Sunshine Pediatrics is not required to agree to amend your protected health information. If your request to amend your health information has been denied, you will be provided with an explanation of our denial reason(s)and information about how you can disagree with the denial.

- You have a right to receive an accounting of disclosures of your protected health information made by Sunshine Pediatrics.

- You have a right to a paper copy of this Notice of Privacy Practices at any time upon request.

Changes to this Notice of Privacy Practices
Sunshine Pediatrics reserves the right to amend this Notice of Privacy Practices at any time in the future, and will make the new provisions effective for all information that it maintains. Until such amendment is made, sunshine pediatrics is required by law to comply with this Notice.

Sunshine Pediatrics is required by law to maintain the privacy of your health information and to provide you with notice of its legal duties and privacy practices with respect to your health information. If you have questions about any part of this notice or if you want more information about your privacy rights, please contact: Guillermo Frietz by calling this office at 623-245-0505. If Guillermo Frietz is not available, you may

make an appointment for a personal conference in person or by telephone within 2 working days.

Complaints

Complaints about your Privacy rights, or how Sunshine Pediatrics has handled your health information should be directed to Guillermo Frietz by calling this office at 602-245-0505. If Guillermo Frietz is not available, you may make an appointment for a personal conference in person or by telephone within 2 working days.

If you are not satisfied with the manner in which this office handles your complaint, you may submit a formal complaint to:

DHHS, Office of Civil Rights
200 Independence Avenue, S.W.
Room 509F HHH Building
Washington, DC 20201

This notice is effective as of __01____/__01____/___2014____

I have read the Privacy Notice and understand my rights contained in the notice.

By way of my signature, I provide Sunshine Pediatrics with my authorization and consent to use and disclosed my protected health care information for the purposes of treatment, payment and health care operations as described in the Privacy Notice

_____
Patient's Name (print)

_____ _____
Patient's Signature Date

Vaccines for Children (VFC) Program
Patient Eligibility Screening Record

A record of all children 18 years of age or younger who receive immunizations must be kept in the health care provider's office for 6 years. The record may be completed by the parent, guardian, individual of record, or by the health care provider. VFC eligibility screening and documentation of eligibility status must take place with each immunization visit to ensure the child's eligibility status has not changed. While verification of responses is not required, it is necessary to retain this or a similar record for each child receiving vaccine. Providers using a similar form (paper-based or electronic) must capture all reporting elements included in this form.

1. Child's Name :_____
   Last Name First Name MI

2. Child's Date of Birth: __ __/__ __/__ __ __ __

3. Parent/Guardian/Individual of Record:_____
   Last Name First Name MI

4. Primary Provider's Name:_____
   Last Name First Name MI

5. To determine if a child (0 through 18 years of age) is eligible to receive federal vaccine through the VFC and state programs, at each immunization encounter/visit enter the date and mark the appropriate eligibility category. *If Column A-D is marked, the child is eligible for the VFC program. If column E, F or G is marked the child is not eligible for federal VFC vaccine.*

	Eligible for VFC Vaccine				Not eligible for VFC Vaccine		
	A	B	C	D	E	F	G
Date	Medicaid Enrolled	No Health Insurance	American Indian or Alaskan Native	*Underinsured served by FQHC, RHC or deputized provider	Has health insurance that covers vaccines	**Other underinsured	***Enrolled in KidsCare

**Underinsured includes children with health insurance that does not include vaccines or only covers specific vaccine types. Children are only eligible for vaccines that are not covered by insurance. In addition, to receive VFC vaccine, underinsured children must be vaccinated through a Federally Qualified Health Center (FQHC) or Rural Health Clinic (RHC) or under an approved deputized provider. The deputized provider must have a written agreement with an FQHC/RHC and the state/local/territorial immunization program in order to vaccinate underinsured children.*

*** Other underinsured are children that are underinsured but are not eligible to receive federal vaccine through the VFC program because the provider or facility is not a FQHC/RHC or a deputized provider. However, these children may be served if vaccines are provided by the state program to cover these non-VFC eligible children.*

****Children enrolled in separate state Children's Health Insurance Program (CHIP). These children are considered insured and are not eligible for vaccines through the VFC program. Each state provides specific guidance on how CHIP vaccine is purchased and administered through participating providers.*

Please be advised:

If your insurance company does not cover immunizations and you do not let us know at the time of the visit, it is your responsibility to pay the cost involved. We cannot make the Vaccines for Children Program retroactive and you are only eligible for the Vaccines for Children Program at the time of the visit. If you are unsure if immunizations and well check-ups are covered, please contact your insurance company.

Thank You.

Please sign below indicating that you understand and agree with the above statement.

Signature: _____ **Date:** _____

Vacunas para la Niñez (VFC)
Expediente de Elegibilidad del Paciente

El expediente de todos los niños de 18 años de edad o menores que reciben vacunas debe mantenerse en el consultorio del médico durante 6 años. El expediente puede ser llenado por el padre, tutor, el individual del expediente, o por el proveedor de atención médica. En cada visita de inmunización del niño se debe determinar su elegibilidad VFC y presentar documentación del estatus de elegibilidad para asegurar que su estatus de elegibilidad del niño no ha cambiado. Aunque no se requiere verificación de las respuestas, es necesario mantener este expediente similar para cada vacuna del niño. Los proveedores utilizando un formulario similar (electrónica o en papel) deben capturar todos los elementos de información incluidos en este formulario.

1. Nombre de Niño:_____
   Apellido Primer Nombre IM

2. Fecha de Nacimiento de Niño: __ __/__ __/__ __ __ __

3. Padre/Tutor/Individual de Expediente:_____
   Apellido Primer Nombre IM

4. Nombre del Proveedor Primario:_____
   Apellido Primer Nombre IM

5. Para determinar si un niño (0 a 18 años de edad) es elegible para recibir vacunas federales a través de programas de VFC y estatales, en cada visita de inmunización se registra la fecha y marque de categoría de elegibilidad apropiada. Si la columna A-D está marcada, el niño es elegible para el programa de VFC. Si la columna E, F o G está marcada el niño no es elegible para la vacuna federal de VFC.

	Elegible para VFC Vacuna				No elegible para VFC Vacuna		
	A	B	C	D	E	F	G
Fecha	Medicaid Inscrito	No Seguro de Salud	Nativo Americano o Nativo de Alaska	*Seguro Insuficiente servido por FQHC, RHC o proveedorers delegado	Tiene seguro medico que cubre las vacunas	**Otro seguro insuficiente	***Inscrito en KidsCare

** Seguro insuficiente incluye a los niños con seguro de salud que no incluye vacunas o sólo cubren ciertas vacuna especificas. Los niños sólo elegibles para las vacunas que no están cubiertos por el seguro. Además, para recibir la vacuna de VFC, los niños con seguro insuficiente deben ser vacunados a través de un Centro de Salud Federalmente Calificado (FQHC) o Clinica de Salud Rural (RHC) o en virtud de un proveedor delegado aprobado. El proveedor delegado debe tener un acuerdo por escrito con un FQHC / RHC y el programa de inmunización estatal / local / territorial con el fin de vacunar a los niños con seguro insuficiente.*

*** Otros insuficiente son niños que están con seguro insuficiente, pero no son elegibles para recibir la vacuna federal a través de programa VFC porque el proveedor o centro médico no es FQHC / RHC o proveedor delegado. Sin embargo, estos niños pueden ser atendidos si las vacunas son con tal que el programa estatal para cubrir los niños que no son elegibles para el programa de VFC.*

**** Los niños inscritos en el Programa de Seguro de Salud del estado separadas para Niños (CHIP). Estos niños se consideran asegurados y no son elegibles para las vacunas a través del programa VFC. Cada estado ofrece orientación específica sobre cómo se compra CHIP y administrado a través de los proveedores participantes.*

Por favor sea aconsejado:
Si su compañía de seguros no cubre las vacunas y no nos dejó saber en el momento de su visita, usted tiene la responsabilidad de pagar costo implicado. No podemos hacer el Programa de Vacunas para Niños retroactiva y sólo son elegibles para el Programa de Vacunas para Niños en el momento de la visita. Si no está seguro si la inmunización y chequeos anuales están cubiertos, por favor contactar su compañía de seguros. Gracias.

Por favor firme abajo indicando que usted entiende y está de acuerdo con la declaración anterior.

Firma: _____ **Fecha:** _____