

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre _____ Sexo: Hombre _____ Mujer _____
Direccion _____ Dia de nacimiento ____/____/____
Cuidad _____ Estado _____ Codigo _____ Telefono _____
Nombre de Madre _____ Padre _____
O nombre de Apoderado _____
Con quien vive el paciente? _____
Nombre de hermano(a)s menores de 16 anos: _____

PERSONA RESPONSIBLE POR EL PACIENTE:

Nombre _____ Hombre _____ Mujer _____
Dia de nacimiento ____/____/____
Cuidad _____ Estado _____ Codigo _____ Seguro Social ____/____/____
Relacion al paciente _____ Licencia _____
Empleado _____ Telefono de trabajo _____
Contacto de Emergencia _____ Telefono _____

Informacion de seguro:

Nombre de seguro _____ Relacion al paciente _____
Direccion _____ Dia de Nacimiento ____/____/____
#Seguro Social _____
Cuidad _____ Estado _____ Codigo _____ #Identificacion _____
Nombre de asegurado _____ # Grupo _____
Nombre de trabajo _____ Telefono _____
Tiene otra aseguranza? _____ Cual es? _____

ASIGNACION DE BENEFICIOS Y DAR PERMISO A LA ASEGURANZA(S):

Yo certifico que la informacion dada es correcta en mi mayor conocimiento. Yo autorizo que mi seguro pague directamente al doctor y entiendo que yo estoy responsable por lo que el seguro no cubre. Tambien doy permiso que el doctor o personaje de la oficina mande informacion medical que se requiere para el proceso del seguro. Yo entiendo y estoy de acuerdo que yo soy responsable por los cargos de mi hijo(a) y pagare la cuenta en cuando el seguro pague o no pague.

Firma de padre o madre o persona responsable de paciente Dia _____

Emmanuel E. Sackey, MD (dba Ennis Childrens Clinic)

601 S. Clay, Suite 101 Ennis, Texas 75119

Phone (972) 875-5220 Fax (972) 875-5606

CONSENTIMIENTO DE INFORMACION DE TELEMEDICINA

Servicios de Telemedicina implican el uso de equipo de videoconferencia interactivo seguro y dispositivos que permiten a los proveedores de atención médica ofrecer servicios de salud.

1. Entiendo que el mismo nivel de atención se aplica a una telemedicina que se aplica a una visita en persona.
2. Entiendo que yo y mi hijo(s) no estaremos físicamente en la misma habitación que mi proveedor de atención médica. Se me notificará y se obtendrá mi consentimiento para cualquier persona que no sea mi proveedor de atención médica y este presente en la habitación.
3. Entiendo que existen riesgos potenciales para el uso de la tecnología, incluidas las interrupciones del servicio, la intercepción y las dificultades técnicas.
 - a) Si se determina que el equipo de videoconferencia o la conexión no son adecuados, Entiendo que el proveedor de atención médica o yo podemos interrumpir la teleconsulta y hacer otros arreglos para continuar la visita.
4. Entiendo que tengo el derecho de negarme a participar o decidir dejar de participar en la visita de telemedicina para mi hijo(s) y que mi rechazo se documentará en los registros médicos. También entiendo que mi rechazo no afectará mi derecho a la atención futura del tratamiento para mi hijo(s).
 - a) Puedo revocar mi derecho en cualquier momento poniéndome en contacto con Ennis Childrens Clinic (972) 875-5220.
5. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica se aplican a los servicios de telemedicina.
6. Entiendo que la información de atención médica de mi hijo(s) puede ser compartida con otras personas para fines de programar una cita o para facturación.
 - a) Entiendo que mi compañía de seguro tendrá acceso a los registros médicos de mi hijo(s) para una revisión de calidad o auditoría.
 - b) Entiendo que seré responsable de cualquier costo de bolsillo, como copagos o co-seguro que se aplican a la visita de telemedicina para mi hijo(s).
7. Entiendo que este documento formará parte de los registros médicos de mi hijo(s). Al firmar este formulario, certifico que lo he leído personalmente y que entiendo completamente y acepto su contenido. Me han respondido satisfactoriamente mis preguntas y los riesgos, beneficios y alternativas a las visitas de telemedicina conmigo, en un idioma que entiendo. Estoy ubicado(a) en el estado de Texas y estaré en Texas durante la visita de telemedicina para mi hijo(s).

Nombre de niño(s)

Día de firma

Nombre de padre/madre o guardian

Firma de padre/madre o guardian

Ennis Childrens Clinic
DR. EMMANUEL E. SACKKEY
601 S. Clay, Suite 101
Ennis, TX 75119
972-875-5220 FAX 972-875-5606

CUESTIONARIO DE PACIENTE

NOMBRE DE PACIENTE: _____

1. **Por favor ponga los nombres de las personas a quien podemos darle informacion medical , incluyendo tratamiento o informacion de pago, de su nino/nina:**

_____	_____
_____	_____
_____	_____

2. **Por favor ponga nombre de las personas a quien podemos llamar cuando hay algo medical **DE EMERGENCIA:****

Nombre: _____	Telefono: _____
Nombre: _____	Telefono: _____

3. **Por favor ponga el telefono adonde podemos llamar acerca de citas, resultados de laboratorio, radiografias o otra informacion medical aparte de su telefono de su casa: _____.**

***Entiendo que telefonos celular no son seguros ni son lineas privadas.**

4. **Se puede dejar informacion confidencial en su telefono de mensajes ?**

_____ **Si**

_____ **No**

Dia

Firma de Padres o Persona de Apoderado

**Emmanuel E. Sackey, MD, PA
dba Ennis Childrens Clinic
601 S. Clay, #101 Ennis, TX 75119**

CONSENT FOR TREATMENT

I consent to treatment necessary for the care of the patient _____.

I understand this facility employees Pediatric Physician Assistants.

I consent for the following to bring my child for treatment when I am not available:

Date

Signature of Parent/Legal Guardian



PERMISO PARA TRATAMIENTO

Doy permiso de tratamiento necesario para el paciente _____.

Entiendo que esa facilidad emplea Asociados Medicos de Ninos.

Doy permiso que las siguientes personas tragan a mi nino/nina para tratamiento cuando yo no puedo venir:

Dia de Firms

Firma de Padre/Madre o Persona de Apoderado