

Helling Children's Center, L.P.
 12605 East Freeway, Suite 212 Houston, Texas 77015
 Tel. (713)453-0400 Fax (713) 453-0408

Información de Contacto

Fecha	Nombre y apellido del niño(a)	
Fecha de nacimiento	Edad	
Nombre de la Escuela	Nombre del Maestro	Grado
Nombre del Médico	Número Telefónico del Médico	
Dirección del Médico	Ciudad/Estado/Código Postal	
Cómo supo de nuestros servicios?		

Nombre de la Madre		Nombre del Padre	
Domicilio de la Madre		Domicilio del Padre	
Ciudad/Estado/Código Postal		Ciudad/Estado/Código Postal	
Teléfono (Casa)	Teléfono del Trabajo	Teléfono (Casa)	Teléfono del Trabajo
Profesión		Profesión	
Nombre del Negocio donde Trabaja		Nombre del Negocio donde Trabaja	
Dirección del Trabajo		Dirección del Trabajo	
Ciudad /Estado/Código postal		Ciudad /Estado/Código postal	

Contacto en caso de Emergencia	
Nombre del Contacto en caso de Emergencia (persona que no viva con el/la niño(a))	Parentesco con el niño
Teléfono (Casa)	Teléfono del Trabajo
Dirección	Ciudad/Estado/Código Postal

Firma del Padre/Madre/Tutor Legal **Fecha**

Firma del Testigo **Fecha**

Nombre del Niño(a): _____

Helling Children's Center, L.P.
12605 East Freeway, Suite 212 Houston, Texas 77015
Tel. (713)453-0400 Fax (713) 453-0408

Historia del Niño(a)/Familia

Información General

Nombre del niño(a): _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____
Número de Teléfono (casa): _____ Número de Teléfono Celular: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Familia

1) Con quién vive el niño(a)? La Madre El Padre Los Abuelos
 Tutor Otro (Nombre/Parentesco) _____

Nombre de la Madre/Tutor _____ Nombre del Padre/Tutor _____

2) Escriba por favor los nombres y las edades de todos los hermanos y hermanas:

<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

3) Con quién pasa el/la niño(a) la mayor parte del día? _____

4) Qué idioma(s) habla el/la niño(a)? _____

5) Qué idioma(s) se habla en la casa? _____

6) Describa el problema de su niño(a). _____

7) Cuándo le notaron el problema por primera vez? _____

8) Quién le notó el problema? _____

9) Hay alguien en la familia con problemas similares? _____

Historia de embarazo y parto:

10) Salud general de la madre durante el embarazo: _____

Enfermedades: _____ Accidentes: _____ Medicamentos: _____

Otros Comentarios: _____

11) Peso del bebé al nacer: _____ Nacido en _____ meses

12) Marque el tipo de parto:

- Cabeza primero Cesárea
- Pies primero Otro: _____

13) Tuvo el bebé dificultades de respiratorias o alimenticias al nacer? Si No

Si es así, por favor explicar: _____

Historia del Desarrollo:

14) Escriba la edad aproximada en la que su niño(a) realizó cada actividad por sí mismo: Si todavía no hace las actividades por sí mismo, por favor escriba cuánta ayuda le da a su niño(a) en cada actividad. (Por ejemplo, 25%, 50%, 75%, o 100%).

Gatear _____ Sentarse solo _____ Pararse _____ Caminar _____
Primeras Palabras _____ Vestirse _____ Ir al baño _____

Otros Comentarios: _____

15) Ha recibido su niño(a) servicios de Intervención Temprana en la Infancia o ECI (por su sigla en inglés)? Si No

Si es así, escriba el nombre del programa ECI y los servicios ECI que recibió su niño(a): _____

Historia Médica:

16) Fecha del último examen físico realizado por un pediatra: _____

17) Cuáles fueron sus conclusiones o sugerencias? (Describa por favor) _____

18) Haga una lista de los productos que causen en el niño una reacción alérgica, como por ejemplo, comidas, hierbas, látex, medicinas, etc.: _____

19) Por favor marque si su niño(a) ha sufrido de alguna de las siguientes condiciones médicas y escriba la edad aproximada en la que ocurrió.

	(A qué edad?)		(A qué edad?)		(A qué edad?)
<input type="checkbox"/> Alergias	_____	<input type="checkbox"/> Mareos	_____	<input type="checkbox"/> Fiebre alta	_____
<input type="checkbox"/> Asma	_____	<input type="checkbox"/> Drenaje de los oídos	_____	<input type="checkbox"/> Meningitis	_____
<input type="checkbox"/> Varicela	_____	<input type="checkbox"/> Infección de los oídos	_____	<input type="checkbox"/> Neumonía	_____
<input type="checkbox"/> Resfriados	_____	<input type="checkbox"/> Encefalitis	_____	<input type="checkbox"/> Sinusitis	_____
<input type="checkbox"/> Convulsiones	_____	<input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza	_____	<input type="checkbox"/> Otro	_____
<input type="checkbox"/> Cólicos	_____	<input type="checkbox"/> Heridas en la Cabeza	_____		

20) Ha sido el/la niño(a) hospitalizado(a) alguna vez? Si No
Si es así, cuándo y por qué motivo: _____

21) Está el niño(a) tomando algún medicamento? Si No
Si es así, qué medicamento? _____

22) Ha llevado a su niño(a) a un médico especialista? Si No
A quién?/Cuándo? _____

23) Cuáles fueron sus conclusiones o sugerencias? (Describa por favor) _____

24) Ha tenido su niño(a) alguna cirugía? Si No
De qué tipo y cuándo? _____

Nombre del Niño(a): _____

25) Fecha de la última prueba auditiva: _____ Resultado: Normal Otro _____

26) Fecha del último examen de la vista: _____ Resultado: Normal Otro _____

Historia Académica:

27) Si su niño(a) no asiste a la escuela, dónde pasa el día? _____

28) Si su niño(a) asiste a la escuela, por favor responda las preguntas siguientes:

Nombre de la Escuela: _____

Grado: _____ Profesor: _____

29) Tipo de clase: Regular Bilingüe
 Especial (e.g. PPCD, Resource, Life Skills)

30) Se le ha preparado un plan de IEP a su niño(a)? Si No

31) Como va el/la niño(a) académicamente? _____

32) El niño(a) recibe modificaciones, terapia, o ayuda especial en al aula? Si No

Si la respuesta es sí, describa por favor: _____

33) Tipo de servicios/terapia _____ Nombre del proveedor _____ Cuántas veces a la semana _____

Tipo de servicios/terapia _____ Nombre del proveedor _____ Cuántas veces a la semana _____

Tipo de servicios/terapia _____ Nombre del proveedor _____ Cuántas veces a la semana _____

Comportamiento:

34) Cómo es la relación de su niño(a) con otros niños(as)?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Juega con otros | <input type="checkbox"/> No socializa | <input type="checkbox"/> Llora con frecuencia |
| <input type="checkbox"/> Agresivo | <input type="checkbox"/> Grita a los otros | <input type="checkbox"/> Pelea con otros niños |

Otros Comentarios: _____

35) Por favor marque si su niño(a) tiene problemas/dificultades con lo siguiente:

- comiendo durmiendo viendo oyendo comportamiento lenguaje/habla

Describe el problema de su niño(a). _____

36) Ha tenido rabietas? Si No A qué edad? _____

Describe las rabietas del niño(a). _____

37) Quién castiga a su niño(a) en casa? La madre el padre los abuelos
 el tutor Otro (nombre/parentesco) _____

38) Qué tipo de castigo se usa en la casa con el/la niño(a)? _____

Nombre del Niño(a): _____

Comunicación:

39) Cómo se comunica generalmente el/la niño(a)? gestos palabras sueltas apuntando
 oraciones lenguaje de señas símbolos gráficos
 otro _____

40) Puede él/ella contestar "si/no" a las preguntas apropiadamente? Si No

41) Puede el niño(a) seguir instrucciones sencillas como "lávate las manos" o "cierra la puerta"? Si No

42) Puede mantener/iniciar una conversación? Si No

43) Tuvo alguien de la familia alguno de los siguientes problemas?
 del habla auditivos del lenguaje al tragar de aprendizaje
 tartamudeo otro _____

44) Puede su niño(a):

- Combinar palabras (por ejemplo, yo voy, zapato de papá, etc.) Si No
- Utilizar palabras sueltas (por ejemplo, no, perrito, mamá) Si No
- Denominar objetos sencillos (por ejemplo, coche, perro, árbol) Si No
- Utilizar preguntas sencillas (por ejemplo, dónde está el perro?) Si No

45) Marque cualquiera de los problemas al comer que en el pasado su niño(a) ha tenido o todavía tiene:
 masticando babeando amordazando
 chupando tragando otros problemas: _____

46) Por favor marque si su niño(a) tiene dificultad al:
 caminar correr participar en actividades que requieren coordinación

47) Cómo responde su niño(a) a los sonidos fuertes?
 no siempre oye los sonidos grita cuando oye sonidos fuertes se asusta fácilmente
 se cubre los oídos al escucharlos localiza los sonidos fuertes al escucharlos

Otros Comentarios: _____

48) Por favor marque todos los objetos con los cuales su niño(a) tiene dificultades:
 botones marcadores cremalleras
 abriendo contenedores cordones con las manos sucias

Otros Comentarios: _____

Comentarios de los Padres:

49) Cuáles son sus metas personales para esta evaluación y para la terapia si su niño(a) la requiere? Qué habilidades quiere usted que su niño(a) aprenda? Por favor escriba **por lo menos 3 tareas específicas o habilidades relacionadas con los problemas del niño(a)** _____

Firma de la persona que llena el formulario

Fecha

Parentesco con el Niño(a)

Helling Children's Center, L.P.

12605 East Freeway, Suite 212 Houston, Texas 77015
Tel. (713)453-0400 Fax (713) 453-0408

Acuerdo del Plan Integral de Tratamiento

La siguiente es una descripción de las políticas de este centro con respecto al plan integral de tratamiento. Por favor lea e indique su acuerdo en cumplir con estas políticas firmando con iniciales y con su nombre completo donde se le indica. Si usted tiene cualquier pregunta sobre estas políticas, por favor pregunte a un representante de este centro antes de firmar.

Política de No Discriminación

Helling Children's Center, LP no discrimina a ninguna persona en base a raza, color, origen nacional, discapacidad, edad en la admisión, tratamiento, o participación en sus programas, servicios y actividades, o en el empleo. Para mayor información, contacte al supervisor de la oficina principal o llame al TTY State Relay al 1-800-735-2988.

Guías de comunicación para asistencia del habla, auditiva y visual están disponibles sin costo alguno y mediante solicitud de éstas. Para mayor información, contacte al supervisor de la oficina principal o llame al 1-800-735-2988.

Iniciales _____

Política con Respecto al Horario y Consentimiento para Recibir Tratamiento

Yo, el padre/madre/tutor legal por la presente doy mi consentimiento para llevar a cabo el tratamiento para servicios de terapia. Adicionalmente entiendo que una vez se me haya designado un horario semanal de citas para el tratamiento, el centro, a menudo, no puede acomodar los cambios de horario por un período provisional. Cuando se necesite un cambio permanente en la hora de la cita, debo avisar con la mayor anticipación posible para que el centro pueda acomodar mi solicitud de cambio. Cambios en el horario también podría requerir un cambio de terapeuta.

Entiendo que para recibir el beneficio máximo del tratamiento, es importante este se lleve a cabo cada semana. Entiendo que perderé la sesión cancelada si no hago una nueva cita en esa misma semana. Entiendo que la recuperación de la sesión cancelada puede ocurrir con un terapeuta suplente, permanente u otro terapeuta especializado de este centro.

Entiendo que para vacaciones o compromisos familiares, se necesita un aviso de al menos dos semanas antes de la ausencia prevista, para volver a programar nuestras citas con facilidad.

Entiendo que el centro está abierto excepto en casos donde las condiciones climáticas severas nos obligan a cerrar. Es mi responsabilidad llamar el centro para determinar si se necesitan cambios en la hora programada del tratamiento y si hay retraso en la apertura del centro. Las familias pueden cancelar el tratamiento si no desean viajar en malas condiciones climáticas. Entiendo que si una de mis citas para el tratamiento cae en un día festivo, puedo volver a programar esta sesión.

Entiendo que si nuestro terapeuta está enfermo o de vacaciones, el centro me puede proporcionar un terapeuta suplente para asegurar la continuación de los servicios. Este centro se esforzará en programar al terapeuta en el horario originalmente acordado. Si no es posible, el centro le proporcionará una cita con un horario alterno.

Nombre del niño(a): _____

Entiendo que si no asisto a una cita anteriormente programada o si no cancelo una sesión antes de que ésta comience, perderé ese tiempo programado para el tratamiento.

He leído y aceptado en cumplir con las políticas mencionadas anteriormente.

Iniciales _____

Reglas de nuestra oficina a seguir para las familias con niños como clientes

Entiendo que los bebés y los niños pequeños necesitan a menudo estar acompañados durante el tratamiento por un padre de familia; todas las demás personas deben permanecer en la sala de espera durante las sesiones del tratamiento. Las observaciones de la sesión del tratamiento de mi niño se pueden programar mediante petición.

Entiendo que estoy encargada de permanecer en la sala de espera con mi niño hasta que la sesión del tratamiento comience y supervisar la participación de mi niño en la sala de espera. Entiendo que el centro prefiere mi asistencia durante la sesión de modo que pueda supervisar parte del tratamiento de mi niño cuando sea adecuado. Entiendo que es la política de este centro que el padre/la madre o el tutor legal debe permanecer en el centro durante las sesiones del tratamiento.

Iniciales _____

Reconocimiento del riesgo

Entiendo que hay un cierto riesgo inherente en el uso del equipo terapéutico en este centro, y acuerdo indemnizar y eximir al centro de cualquier pérdida o demanda por lesiones a mi niño o a mí debido al uso del equipo terapéutico.

Iniciales _____

Coordinación del Cuidado

Doy permiso para que este centro contacte y hable sobre el caso de mi niño/ mi caso con todas las personas cuyos nombres he proporcionado y designado como profesionales que atienden o han atendido a mi niño o a mí.

Iniciales _____

Doy permiso para que este centro envíe las copias de los informes de progreso a todas las fuentes de remisión cuyos nombres he proporcionado.

Iniciales _____

Enseñanza y Educación de los estudiantes de Terapia

Doy permiso a que estudiantes de terapia ocupacional, del habla y fisioterapia observen la terapia de mi niño. Entiendo que se me notificará antes de que ocurra tal observación.

*Iniciales** _____
*opcional

Doy permiso a la toma fotografías o videos de mí o de mi niño para propósitos educativos y/o promocionales. Entiendo que revisaré cualquier fotografía o video antes de que sean publicados.

*Iniciales** _____
* opcional

He leído, entendido y acepto las condiciones del acuerdo del plan de tratamiento en Helling Children’s Center.

Firma del Padre/Madre/Tutor legal **Fecha**

Firma del Testigo **Fecha**

Helling Children's Center, L.P.

12605 East Freeway, Suite 212 Houston, Texas 77015
Tel. (713)453-0400 Fax (713) 453-0408

Clinical Records Release/Request Form
Formulario de Publicación/Solicitud de Información Médica

Date/Fecha: ___ / ___ / ___

Name/Nombre: _____ Date of Birth/Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ___

Address/Dirección: _____

City/State/Zip Code/Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Telephone#/Teléfono: _____ Social Security #/Número de Seguro Social: ___ - ___ - ___

I authorize Helling Children's Center to/ Autorizo al centro para:

- Release – Releasing** information from Helling Children's Center to you or your provider
Publicación – Le suministramos la información siguiente a Usted o a su proveedor
- Request – Requesting** information from another provider to Helling Children's Center
Solicitud – Solicitamos la información siguiente de otro proveedor

Information Requested or Released/Información Solicitada o Publicada:

To/From/Para/De: _____

Address/Dirección: _____

City/State/Zip Code/Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Telephone#/Teléfono: _____ Fax#: _____

- I understand that this authorization shall be valid through (m/d/yr) ___ / ___ / ___ but that I may revoke it in writing at any time; any such revocation shall have no effect on disclosures made previously.
Entiendo que esta autorización será válida hasta ___ / ___ / ___ (fecha), pero puedo revocarla por escrito en cualquier momento; cualquier revocación no tendrá ningún efecto en las divulgaciones hechas previamente.
- I understand that I have the right to inspect and copy the information released.
Entiendo que tengo el derecho de examinar y de copiar la información suministrada.
- I understand that if I refuse to consent the disclosure of information, the agency may be unable to serve me and/or be able to provide the most appropriate care for me.
Entiendo que si decido no aceptar la divulgación de la información, la agencia podría no ayudarme y/o no podría proporcionarme el cuidado más apropiado.
- I understand that the release of information may not be re-released to any other person or organization without my written consent.
Entiendo que la publicación de la información no se puede volver a suministrar a cualquier otra persona u organización sin mi consentimiento por escrito.

Parent/Legal Guardian Signatura/ **Date/Fecha**
Firma del Padre/Madre/Tutor Legal

Witness Signature **Date/Fecha**
Firma del Testigo

Nombre del niño(a): _____

Helling Children's Center, L.P.

12605 East Freeway, Suite 212 Houston, Texas 77015
Tel. (713)453-0400 Fax (713) 453-0408

Política de Instrucciones Anticipadas

El Helling Children's Center, LP requiere que toda persona que reciba tratamiento en esta unidad firme el siguiente aviso para cumplir con la Ley de Autodeterminación (Self-Determination Act) sobre las instrucciones anticipadas. En esta unidad, si el paciente sufriese una situación que pusiera su vida en peligro, este aviso firmado implica el acuerdo sobre la resucitación y transferencia del individuo a tratamiento médico superior. Por lo tanto, cualquier instrucción anticipada firmada con anterioridad, incluyendo un poder legal permanente, no se cumplirán en esta unidad. Cualquier inquietud acerca de esta política debe tratarla con su médico.

He leído la política mencionada anteriormente y he comprendido la información en esta misma.

Firma del Padre/Madre/Tutor Legal Fecha

Firma del Testigo Fecha

Nombre del Niño(a): _____

Helling Children's Center, L.P.

12605 East Freeway, Suite 212 Houston, Texas 77015
Tel. (713)453-0400 Fax (713) 453-0408

Política con respecto a la Inasistencia

La asistencia regular es importante para el progreso del niño en la terapia. Nosotros en el Helling Children's Center haremos el esfuerzo necesario para planificar las citas semanales de su niño(a) en un tiempo conveniente.

Por lo tanto, los requisitos de nuestra **Política con respecto a la Inasistencia** son los siguientes:

1. Aviso de cancelación con 24 (veinticuatro) horas de anticipación (excepto en situaciones de emergencia).
2. Por 2 (dos) o más ausencias consecutivas y justificadas, se necesitará una excusa médica.
3. **Todas** las inasistencias se consideran injustificadas. Después de 4 (cuatro) ausencias, el niño(a) será desprogramado.
4. Con respecto a las cancelaciones, o asistencia tarde, por favor recuerde que un número excesivo de éstas, causará la interrupción del plan para el cuidado del niño.

Un gran número de ausencias injustificadas, cancelaciones o asistencia tarde puede resultar en la pérdida del tiempo designado para la cita de su niño(a), y por lo tanto éste será dado de alta y se pondrá en la lista de espera en busca de la próxima disponibilidad.

He leído y he entendido la política mencionada arriba.

Firma del Padre/Madre/Tutor Legal Fecha

Firma del Testigo Fecha

Nombre del Niño/a: _____

Helling Children's Center, L.P.

12605 East Freeway, Suite 212 Houston, Texas 77015

Tel. (713)453-0400 Fax (713) 453-0408

Política con respecto a los Niños(as) Enfermos

Si su niño está vomitando, tiene diarrea, fiebre, conjuntivitis o un virus, **por favor no traiga a su niño(a) a la terapia.** Con gusto le acomodaremos una nueva cita en nuestro horario. Esta ausencia no va afectar el registro de asistencia del niño. Si su niño/niña no puede asistir a la escuela porque está enfermo(a), entonces él/ella también estará enfermo(a) para asistir a la terapia.

Nos reservamos el derecho de no dar terapia a los niños que están enfermos.

He leído y he entendido la política mencionada arriba.

Firma del Padre/Madre/Tutor Legal Fecha

Firma del Testigo Fecha

Nombre del niño(a): _____

Helling Children's Center, L.P.
12605 East Freeway, Suite 212 Houston, Texas 77015
Tel. (713)453-0400 Fax (713) 453-0408

Consentimiento del Paciente y Confirmación del Recibo de Aviso de Privacidad

Entiendo que como parte del suministro de servicios de salud, Helling Children's Center crea y mantiene registros de salud y otro tipo de información que describe entre otras cosas, mi historial médico, síntomas, exámenes y resultados, diagnósticos, tratamientos, y planes para cuidados o tratamientos en el futuro.

He recibido el Aviso sobre las Prácticas de Privacidad, el cual contiene una descripción más completa sobre los usos y divulgaciones de cierta información médica. Entiendo que tengo el derecho a revisar el aviso antes de firmar el consentimiento. Entiendo que la organización se reserva el derecho a cambiar su Aviso y prácticas y que antes de su implementación, me enviará una copia de cualquier modificación del aviso a la dirección que les he proporcionado. Entiendo que tengo el derecho a solicitar restricciones en la manera que se pueda utilizar o divulgar mi información médica para efectos de tratamientos, pagos u operaciones de servicios de salud (evaluación de calidad y actividades de mejoras, seguros, valoración de primas, llevar a cabo u organizar una revisión médica, servicios legales, y funciones de auditoria, etc.) y que la organización no está obligada a acceder a las restricciones solicitadas.

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para usar y divulgar información médica protegida sobre mí con el fin de utilizarse para el tratamiento, pago y operaciones de servicios de salud. Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, excepto cuando se hayan hecho divulgaciones contando con mi consentimiento previo.

Este consentimiento es otorgado libremente entendiéndose que:

1. Todos los registros, ya sean por escrito, orales o en formato electrónico, son confidenciales y no se pueden divulgar por razones ajenas al tratamiento, pago u operaciones de servicios de salud sin mi previa autorización por escrito, excepto que sea requerido por la ley.
2. Una fotocopia o fax de este consentimiento es tan válido como el original.
3. Tengo el derecho a requerir la restricción en el uso de mi información médica protegida, que se usa o divulga para fines del manejo del tratamiento, pago o servicios de salud. También entiendo que la organización y yo debemos estar de acuerdo en poner a fin a cualquier restricción solicitada por escrito sobre el uso y divulgación de mi información médica protegida, en la que hayamos estado de acuerdo previamente.

Nombre del Paciente

Firma del Padre/Madre/Tutor Legal Fecha

Firma del Testigo Fecha

Nombre del niño(a): _____

Helling Children's Center, L.P.

12605 East Freeway, Suite 212 Houston, Texas 77015
Tel. (713)453-0400 Fax (713) 453-0408

Responsabilidades del Paciente

Todos los pacientes/padre(s) de familia/guardianes son responsables de:

1. Comportamiento que muestre respeto y consideración para los demás pacientes, familia, visitantes y personal del Centro.
2. Asegurarse que las obligaciones financieras para los cuidados de salud proporcionados se paguen de manera oportuna.
3. Aceptar las consecuencias de sus propias acciones en caso de rechazar un tratamiento o procedimiento, o si no sigue o comprende las instrucciones que le da el médico o el miembro de su equipo de servicios de salud.
4. Proporcionar al Centro, a su mejor saber y entender, el historial médico completo y preciso sobre sus quejas presentes, enfermedades anteriores, hospitalización, cirugías y la existencia de instrucciones anticipadas, medicamentos y demás información pertinente.
5. Seguir el plan de tratamiento recomendado por el médico responsable principalmente del cuidado del paciente y/o demás personal autorizado por el Centro para instruir al paciente.
6. Dar aviso al Centro sobre cualquier cambio en su condición o circunstancias.
7. Llegar a la cita para sus servicios programados. Si se prevé una demora o la cancelación del servicio programado, es su responsabilidad dar aviso al Centro lo antes posible.
8. El cuidado de sus objetos de valor mientras está en el Centro es responsabilidad del paciente o del padre de familia/guardián.

Firma del Padre/Madre/Tutor Legal Fecha

Firma del Testigo Fecha

Nombre y apellido del niño: _____
Medicaid N°: _____

Helling Children's Center, L.P.
12605 East Freeway, Suite 212 Houston, Texas 77015
Tel. (713) 453-0400 Fax (713) 453-0408

Autorización sobre Privacidad según HIPAA para el uso y revelación de información clínica personal

Esta autorización se prepara de conformidad con los requisitos de la **Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico** de 1996 (P.L. 104-191), 42 U.S.C. Sección 1320d, y subsiguientes, y regulaciones promulgadas bajo la misma, tal como fueran enmendadas de vez en vez (colectivamente conocidas como "HIPAA", por sus siglas en inglés).

Esta autorización afecta sus derechos a la privacidad de la información sobre seguro médico personal de su niño. Por favor lea esto antes de firmar.

Helling Children's Center, L.P. ("Entidad Cubierta") no condicionará el pago para tratamientos, inscripción a un plan de salud, ni elegibilidad para beneficios, según corresponda, a que usted proporcione autorización para el uso o la revelación solicitada. **USTED PUEDE NEGARSE A FIRMAR ESTA AUTORIZACIÓN.**

Al firmar esta autorización, usted acepta y está de acuerdo con que la Entidad Cubierta pueda usar o revelar e intercambiar información clínica específica de los historiales médicos (escritos, electrónicos, o verbales).

Al firmar esta autorización usted está de acuerdo con que la Entidad Cubierta o sus Asociados Comerciales puedan revelar la información médica personal de su niño a:

_____ Nombre y apellido	_____ Relación con el niño	_____ Número de teléfono
_____ Nombre y apellido	_____ Relación con el niño	_____ Número de teléfono
_____ Nombre y apellido	_____ Relación con el niño	_____ Número de teléfono

Además, al firmar esta autorización usted reconoce haber recibido una copia, y haber leído y comprendido el Aviso de Privacidad HIPAA de la Entidad Cubierta que contiene una descripción completa de sus derechos, y de los usos y revelaciones permitidas según HIPAA. Si bien la Entidad Cubierta se ha reservado el derecho de cambiar los términos de su Aviso de Privacidad, hay copias enmendadas de ese Aviso de Privacidad disponibles a partir de la Entidad Cubierta en su oficina o enviando una solicitud por escrito con la dirección del remitente a 12605 East Freeway, Suite 212, Houston, TX 77015.

Usted tiene derecho a revocar esta autorización por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que la Entidad Cubierta ya hubiera tomado alguna acción con base en la misma. Una revocación entra en vigencia en cuanto la Entidad Cubierta reciba una solicitud de revocación por escrito y una copia firmada del formulario a revocar en la dirección indicada más arriba.

Esta autorización caducará en cuanto ocurra lo primero de lo siguiente: (a) revocación de la autorización, (b) un fallo del Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., Oficina de Derechos Civiles, en el sentido de que esta autorización no cumple con los requisitos de HIPAA, (c) satisfacción completa de los fines para los que esta autorización fue originalmente obtenida a determinar a discreción razonable por parte de la Entidad Cubierta, o (d) un año desde la fecha en que se firmó esta autorización.

Nombre y apellido del niño: _____
Medicaid N°: _____

Al firmar esta autorización usted reconoce y está de acuerdo en que cualquier información usada o revelada en cumplimiento de la misma puede correr el riesgo de divulgación por parte del receptor y deja de estar protegida por HIPAA.

La Entidad Cubierta proporcionará a _____ (nombre y apellido del progenitor o custodio legal del niño) una copia de esta autorización firmada.

Acusa recibo y expresa su conformidad:

Progenitor o custodio legal (nombre y apellido en mayúsculas)

Relación con el niño

Firma del progenitor o custodio legal

Fecha de vigencia