

Valley Pediatric Clinic

3005 N. Conway Ave., Mission, TX. 78574
Ph# (956) 424-7100, Fax# (956) 424-7111

2510 E. Richardson Rd. Edinburg, TX. 78542
Ph# (956) 383-9300, Fax# (956) 383-9303

PATIENT REGISTRATION / REGISTRO DEL PACIENTE

Patient's Name _____ DOB _____ M ___ F ___
Nombre del paciente fecha de nacimiento

Mother's Name: _____ SSN# _____ DOB: _____
Nombre de la madre fecha de nacimiento

Father's Name: _____ SSN# _____ DOB: _____
Nombre del Padre fecha de nacimiento

Address/Direccion _____ City/Ciudad _____ ZipCode _____

Telephone Number/ Numero De Telefono (____) _____ - _____

ASSIGNMENT OF BENEFITS / ASIGNACION DE BENEFICIOS

_____ I hereby authorize Valley Pediatric Clinic to apply for benefits on my behalf for covered services rendered by the physician or the physician's order. I request that payment from my insurance company be made directly to Valley Pediatric Clinic.

Yo autorizo a Valley Pediatric Clinic aplicar para beneficios en mi nombre para cubrir servicios recibidos por parte del medico o por orden del medico. Solicito que el pago por parte de mi compañía de seguros sea hecho directamente a Valley Pediatric Clinic.

FINANCIAL AGREEMENT / ACUERDO FINANCIERO

_____ I acknowledge that payment is due at the time of treatment, unless other arrangements are made. I agree that parents/guardians are responsible for all fees and services rendered by Valley Pediatric Clinic for treatment of a minor/child. I accept full financial responsibility for all charges not covered by my insurance. I have been provided with a copy of the Privacy Notice and have had an opportunity to object to the disclosures of my health insurance.

Yo entiendo que el pago se hace al recibir el tratamiento, a menos que otros arreglos sean hechos previamente. Yo estoy de acuerdo en que los padre/guardianes legales son responsables de cubrir todos los pagos derivado por servicios del tratamiento al paciente. Yo acepto toda la responsabilidad financiera por todo los pagos que no sean cubiertos por mi compañía de seguros. Yo he recibido un copia del Aviso acerca de las Practicas de Privacidad y he tenido la oportunidad de objetar que se utilize la información sobre mi salud.

Acknowledgement of Review of Notice of Privacy Practices

Reconocimiento De Haber revisado El Aviso Acerca de Las Practicas De Privacidad

_____ I have reviewed this office's Notice of Privacy Practices, which explains how my medical information will be used and disclosed. I understand that I am entitled to receive a copy of this document.

Yo he revisado el Aviso acerca de las Practicas de Privacidad, la cual explica como se puede utilizar la informacion de salud individual identificable. Yo comprendo que tengo el derecho de recibir una copia de este documento.

Vaccine Documentation Form/ Documentacion de Vacunas

I received or was offered a copy of the Vaccine Information Statement (VIS) for each vaccine. I know the risk of the disease each vaccine prevents. I know the benefits and risk of each vaccine. I have had the chance to ask question about the disease, the vaccines, and how the vaccines are given. I know that the person receiving the vaccine will have the vaccine put into his/her body to prevent an infectious disease. I am an adult who can legally consent for the person named below to get the vaccine. I freely and voluntary give my signed permission for the vaccine.

Recibi o se me ofrecio una hoja con informacion sobre cada vacuna (VIS). Conozco los riesgos de las enfermedades que cada vacuna previene. Conozco los beneficios y riesgo que estas vacunas tiene. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre las enfermedades, las vacunas y como son administradas las vacunas. Se que la persona recibiendo la vacuna la tendrá en su cuerpo para prevenir una enfermedad contagiosa. Soy adulto y puedo dar permiso legalmente para que le den la vacuna a la persona nombrada abajo. Por mi propia voluntad firmo y doy permiso para que le den esta vacuna.

Signature Firma _____ Date / Fecha _____
Relation Relación _____

Formulary Information Consent Form/ Consentimiento para la Información del Formulario

I authorize Valley Pediatric Clinic staff to import my child's medication history and formulary information from my insurance carrier.

Yo autorizo a Valley Pediatric Clinic para importar el historial de medicamentos de mi hijo/hija ya la información en el formulario de mi compañía de seguros.

Print Name/ Letra de molde _____ Signature Firma / Description Descripción _____ Date / Fecha _____

Valley Pediatric Clinic

3005 N. Conway Ave., Mission, TX. 78574
Ph# (956) 424-7100, Fax# (956) 424-7111

2510 E. Richardson Rd. Edinburg, TX. 78542
Ph# (956) 383-9300, Fax# (956) 383-9303

Patient's Name: _____ Date of Birth: _____

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Patient portal authorization / Consentimiento para el uso del Portal de Paciente

Valley Pediatric Clinic is offering this secure, HIPPA complaint communication tool as a courtesy to our patient and their parents. It is an optional service and we reserve the right to suspend or terminate it at any time. We will alert you to any changes as promptly as possible. By signing below, you confirm that you have read, understand and agree to comply with our procedures and guidelines for using the Patient Portal. You also agree not to hold Valley Pediatric Clinic or any of their staff liable for network infractions beyond their control.

Valley Pediatric Clinic está ofreciendo este método seguro de comunicación que se adhiere a los requerimientos de HIPPA, como cortesía a nuestros pacientes y sus padres. Es un servicio opcional y nos reservamos el derecho de suspenderlo o cancelarlo en cualquier momento. Nosotros le haremos saber del cualquier cambio lo más pronto posible. Al firmar, usted confirma que ha leído, entendido y está de acuerdo en seguir nuestros procedimientos y reglas para usar el Portal de Paciente. Usted también está de acuerdo en no hacer responsable a Valley Pediatric Clinic o cualquiera de sus miembros por infracciones del Sistema que no están bajo su control.

Privacy and Security / Privacidad y Seguridad

The web portal or webpage has a secure tunnel connection with our clinic that uses encryption to keep unauthorized persons from being able to access and read your health information or your communication to us. To help you ensure that the tunnel remains secure, we need to have your current (private) email address and be informed if it ever changes. Keep your portal user ID and password secure so that only you, or someone authorized by you, can gain access to patient information. If you think someone learned your password, immediately go to the portal site and change it. Your email address is confidential and protected information. With our best effort we will protect this information as we do your medical and personal information. We will never purposefully share this information with any third party. All access to our internal network and electronic medical records (EMR) is password protected. Our staff is instructed to logoff their workstations when not physically present. Additionally, in compliance with HIPAA guidelines, messages may be read and addressed by different Valley Pediatric Clinic staff. When your provider is ill or on vacation, you emails will be addressed by a covering provider.

La página de Internet del portal es una conexión segura con nuestra clínica que usa una clave para mantener personas no autorizadas fuera de acceso, no podrán obtener información, leer su información de salud o su comunicación con nosotros. Para asegurarnos que este acceso se mantenga seguro, necesitamos su dirección de correo electrónico personal (privado) y también que usted o alguna otra persona autorizada por usted, puedan tener acceso a la información del paciente. Si usted cree que alguien más allá ha obtenido su código, cámbielo inmediatamente en el portal. Su correo electrónico es confidencial y su información será protegida. Nosotros haremos nuestro mejor esfuerzo para proteger esta información así como su información médica personal. Nosotros jamás compartiremos esta información a ninguna otra entidad. Todo el acceso de nuestro Sistema interno y los registros médicos electrónicos son protegidos con claves. Nuestro personal tiene instrucciones de cerrar todas sus áreas de trabajo cuando no están presentes. También para estar en conformidad con HIPPA, los mensajes podrán ser leídos y recibidos por diferentes miembros de Valley Pediatric Clinic. Cuando su proveedor este enfermo o de vacaciones, sus correos electrónicos podrán ser recibidos por el proveedor que está cubriendo.

Confidential email: _____

Correo Electrónico confidencial

Print name of Parent or Guardian requesting access: _____

Nombre del Padre/tutor pidiendo acceso

Signature/Firma: _____ Date/Fecha: _____

Issued by: _____

Valley Pediatric Clinic

3005 N. Conway Ave., Mission, TX. 78574
Ph# (956) 424-7100, Fax# (956) 424-7111

2510 E. Richardson Rd. Edinburg, TX. 78542
Ph# (956) 383-9300, Fax# (956) 383-9303

PATIENT REGISTRATION / REGISTRO DEL PACIENTE

Patient's Name _____ DOB _____ M ___ F ___
Nombre del paciente _____ fecha de nacimiento _____

Mother's Name: _____ SSN# _____ DOB: _____
Nombre de la madre _____ fecha de nacimiento _____

Father's Name: _____ SSN# _____ DOB: _____
Nombre del Padre _____ fecha de nacimiento _____

Address/Direccion _____ City/Ciudad _____ ZipCode _____

Telephone Number/ Numero De Telefono (_____) _____

ASSIGNMENT OF BENEFITS / ASIGNACION DE BENEFICIOS

_____ I hereby authorize Valley Pediatric Clinic to apply for benefits on my behalf for covered services rendered by the physician or the physician's order. I request that payment from my insurance company be made directly to Valley Pediatric Clinic.

Yo autorizo a Valley Pediatric Clinic aplicar para beneficios en mi nombre para cubrir servicios recibidos por parte del medico o por orden del medico. Solicito que el pago por parte de mi compañía de seguros sea hecho directamente a Valley Pediatric Clinic.

FINANCIAL AGREEMENT / ACUERDO FINANCIERO

_____ I acknowledge that payment is due at the time of treatment, unless other arrangements are made. I agree that parents/guardians are responsible for all fees and services rendered by Valley Pediatric Clinic for treatment of a minor/child. I accept full financial responsibility for all charges not covered by my insurance. I have been provided with a copy of the Privacy Notice and have had an opportunity to object to the disclosures of my health insurance.

Yo entiendo que el pago se hace al recibir el tratamiento, a menos que otros arreglos sean hechos previamente. Yo estoy de acuerdo en que los padre/guardianes legales son responsables de cubrir todos los pagos derivado por servicios del tratamiento al paciente. Yo acepto toda la responsabilidad financiera por todo los pagos que no sean cubiertos por mi compañía de seguros. Yo he recibido un copia del Aviso acerca de las Practicas de Privacidad y he tenido la oportunidad de objetar que se utilize la información sobre mi salud.

Acknowledgement of Review of Notice of Privacy Practices

Reconocimiento De Haber revisado El Aviso Acerca de Las Practicas De Privacidad

_____ I have reviewed this office's Notice of Privacy Practices, which explains how my medical information will be used and disclosed. I understand that I am entitled to receive a copy of this document.

Yo he revisado el Aviso acerca de las Practicas de Privacidad, la cual explica como se puede utilizar la información de salud individual identificable. Yo comprendo que tengo el derecho de recibir una copia de este documento.

Vaccine Documentation Form/ Documentación de Vacunas

I received or was offered a copy of the Vaccine Information Statement (VIS) for each vaccine. I know the risk of the disease each vaccine prevents. I know the benefits and risk of each vaccine. I have had the chance to ask question about the disease, the vaccines, and how the vaccines are given. I know that the person receiving the vaccine will have the vaccine put into his/her body to prevent an infectious disease. I am an adult who can legally consent for the person named below to get the vaccine. I freely and voluntary give my signed permission for the vaccine.

Recibí o se me ofreció una hoja con información sobre cada vacuna (VIS). Conozco los riesgos de las enfermedades que cada vacuna previene. Conozco los beneficios y riesgo que estas vacunas tiene. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre las enfermedades, las vacunas y como son administradas las vacunas. Se que la persona recibiendo la vacuna la tendrá en su cuerpo para prevenir una enfermedad contagiosa. Soy adulto y puedo dar permiso legalmente para que le den la vacuna a la persona nombrada abajo. Por mi propia voluntad firmo y doy permiso para que le den esta vacuna.

Signature Firma _____ Relation Relación _____ Date / Fecha _____

Formulary Information Consent Form/ Consentimiento para la Información del Formulario

I authorize Valley Pediatric Clinic staff to import my child's medication history and formulary information from my insurance carrier.

Yo autorizo a Valley Pediatric Clinic para importar el historial de medicamentos de mi hijo/hija ya la información en el formulario de mi compañía de seguros.

Signature Firma / Descripción Descripción _____ Date / Fecha _____

Valley Pediatric Clinic

3005 N. Conway Ave., Mission, TX. 78574
Ph# (956) 424-7100, Fax# (956) 424-7111

2510 E. Richardson Rd. Edinburg, TX. 78542
Ph# (956) 383-9300, Fax# (956) 383-9303

Patient's Name: _____ Date of Birth: _____

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Patient portal authorization / Consentimiento para el uso del Portal de Paciente

Valley Pediatric Clinic is offering this secure, HIPPA complaint communication tool as a courtesy to our patient and their parents. It is an optional service and we reserve the right to suspend or terminate it at any time. We will alert you to any changes as promptly as possible. By signing below, you confirm that you have read, understand and agree to comply with our procedures and guidelines for using the Patient Portal. You also agree not to hold Valley Pediatric Clinic or any of their staff liable for network infractions beyond their control.

Valley Pediatric Clinic está ofreciendo este método seguro de comunicación que se adhiere a los requerimientos de HIPPA, como cortesía a nuestros pacientes y sus padres. Es un servicio opcional y nos reservamos el derecho de suspenderlo o cancelarlo en cualquier momento. Nosotros le haremos saber del cualquier cambio lo más pronto posible. Al firmar, usted confirma que ha leído, entendido y está de acuerdo en seguir nuestros procedimientos y reglas para usar el Portal de Paciente. Usted también está de acuerdo en no hacer responsable a Valley Pediátrica Clinic o cualquiera de sus miembros por infracciones del Sistema que no están bajo su control.

Privacy and Security / Privacidad y Seguridad

The web portal or webpage has a secure tunnel connection with our clinic that uses encryption to keep unauthorized persons from being able to access and read your health information or your communication to us. To help you ensure that the tunnel remains secure, we need to have your current (private) email address and be informed if it ever changes. Keep your portal user ID and password secure so that only you, or someone authorized by you, can gain access to patient information. If you think someone learned your password, immediately go to the portal site and change it. Your email address is confidential and protected information. With our best effort we will protect this information as we do your medical and personal information. We will never purposefully share this information with any third party. All access to our internal network and electronic medical records (EMR) is password protected. Our staff is instructed to logoff their workstations when not physically present. Additionally, in compliance with HIPAA guidelines, messages may be read and addressed by different Valley Pediatric Clinic staff. When your provider is ill or on vacation, you emails will be addressed by a covering provider.

La página de Internet del portal es una conexión segura con nuestra clínica que usa una clave para mantener personas no autorizadas fuera de acceso, no podrán obtener información, leer su información de salud o su comunicación con nosotros. Para asegurarnos que este acceso se mantenga seguro, necesitamos su dirección de correo electrónico personal (privado) y también que usted o alguna otra persona autorizada por usted, puedan tener acceso a la información del paciente. Si usted cree que alguien más allá ha obtenido su código, cámbielo inmediatamente en el portal. Su correo electrónico es confidencial y su información será protegida. Nosotros haremos nuestro mejor esfuerzo para proteger esta información así como su información médica personal. Nosotros jamás compartiremos esta información a ninguna otra entidad. Todo el acceso de nuestro Sistema interno y los registros médicos electrónicos son protegidos con claves. Nuestro personal tiene instrucciones de cerrar todas sus áreas de trabajo cuando no están presentes. También para estar en conformidad con HIPPA, los mensajes podrán ser leídos y recibidos por diferentes miembros de Valley Pediatric Clinic. Cuando su proveedor este enfermo o de vacaciones, sus correos electrónicos podrán ser recibidos por el proveedor que está cubriendo.

Confidential email: _____

Correo Electrónico confidencial

Print name of Parent or Guardian requesting access: _____

Nombre del Padre/tutor pidiendo acceso

Signature/Firma: _____ Date/Fecha: _____

Issued by: _____

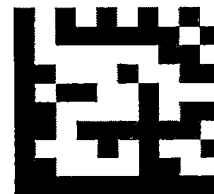


TEXAS
Health and Human
Services

Texas Department of State
Health Services

IMMUNIZATION REGISTRY (ImmTrac2)

Minor Consent Form



(Please print clearly)

Child's Last Name

Child's Last Name

Child's First Name

Child's First Name

Child's Middle Name

Child's Middle Name

Child's Date of Birth

Child's Date of Birth

*Children younger than 18 years old only.

Child's Gender: Male Female

Child's Address

Child's Address

Apartment #

Apartment #

Telephone

Telephone

City

City

State

State

Zip Code

Zip Code

County

County

Mother's First Name

Mother's First Name

Mother's Maiden Name

Mother's Maiden Name

ImmTrac2, the Texas immunization registry, is a free service of the Texas Department of State Health Services (DSHS). The immunization registry is a secure and confidential service that consolidates and stores your child's (younger than 18 years of age) immunization records. With your consent, your child's immunization information will be included in ImmTrac2. Doctors, public health departments, schools and other authorized professionals can access your child's immunization history to ensure that important vaccines are not missed.

The Texas Department of State Health Services encourages your voluntary participation in the Texas immunization registry.

Consent for Registration of Child and Release of Immunization Records to Authorized Entities

I understand that, by granting the consent below, I am authorizing release of the child's immunization information to DSHS and I further understand that DSHS will include this information in the state's central immunization registry ("ImmTrac2"). Once in ImmTrac2, the child's immunization information may by law be accessed by:

- a public health district or local health department, for public health purposes within their areas of jurisdiction;
- a physician, or other health-care provider legally authorized to administer vaccines, for treating the child as a patient;
- a state agency having legal custody of the child;
- a Texas school or child-care facility in which the child is enrolled;
- a payor, currently authorized by the Texas Department of Insurance to operate in Texas, regarding coverage for the child.

I understand that I may withdraw this consent to include information on my child in the ImmTrac2 Registry and my consent to release information from the Registry at any time by written communication to the Texas Department of State Health Services, ImmTrac2 Group – MC 1946, P. O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

By my signature below, I **GRANT** consent for registration. I wish to **INCLUDE** my child's information in the Texas immunization registry.

Parent, legal guardian, or managing conservator:

Printed Name

Date

Signature

Privacy Notification: With few exceptions, you have the right to request and be informed about information that the State of Texas collects about you. You are entitled to receive and review the information upon request. You also have the right to ask the state agency to correct any information that is determined to be incorrect. See <http://www.dshs.texas.gov> for more information on Privacy Notification. (Reference: Government Code, Section 552.021, 552.023, 559.003, and 559.004)

Upon completion, please fax or mail form to the DSHS ImmTrac2 Group or a registered Health-care provider.

Questions? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • www.ImmTrac.com

Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac2: Please enter client information in ImmTrac2 and **affirm** that consent has been granted. **DO NOT** fax to ImmTrac2. **Retain this form in your client's record.**

Valley Pediatric Clinic

3005 N. Conway Ave., Mission, TX. 78574

Ph# (956) 424-7100, Fax# (956) 424-7111

REQUEST FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS SOLICITUD PARA ENTREGAR ARCHIVOS MEDICOS

Date/Fecha _____

To/Para _____
(Physician Name)

Address/Direccion _____

City/Ciudad _____ State/ Estado _____ Zip/Codigo Postal _____

I hereby request that my medical records be released to:
Valley Pediatric Clinic

Yo solicito que mis archivos medicos sean entregados a:
Valley Pediatric Clinic

Patient's Name/ Nombre del Paciente

Date of Birth
Fecha de Nacimiento

Parent/Legal Guardian's Name
Nombre del Padre o Guardian Legal

Parent/Legal Guardian's Signature
Firma del Padre o Guardian Legal