

**DR. SAROJINI BOSE, M.D.**  
**ASHLEY PEDIATRICS DAY & NIGHT CLINIC**

801 E NOLANA STE 13-A  
MCALLEN, TX 78504  
P (956) 686-2700  
F (956) 685-2708

2029-A E GRIFFIN PKWY  
MISSION, TX 78572  
P (956) 424-3222  
F (956) 424-3225

514 S CLOSNER BLVD  
EDINBURG, TX 78539  
P (956) 287-2300  
F (956) 287-2315

6201 S CAGE BLVD STE 5  
PHARR, TX 78577  
P (956) 283-7070  
F (956) 283-7083

1001 S 10TH STE E  
MCALLEN, TX 78501  
P (956) 213-8400  
F (956) 213-8333

PATIENT'S REGISTRATION FORM

Nombre del Paciente : \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal : \_\_\_\_\_

Tel # de Casa: \_\_\_\_\_ Numero Celular: \_\_\_\_\_ Otro Numero \_\_\_\_\_

**Hermanos/Hermanas:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

**(\*) REQUERIDO**

INFORMACION SOBRE SEGURO Y COBROS

\* Nombre Del Padre \_\_\_\_\_ \*Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ \* # Social \_\_\_\_\_

\*Empleador: \_\_\_\_\_ # Trabajo: \_\_\_\_\_ Ext # \_\_\_\_\_

\* Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ \*Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ \*# Social \_\_\_\_\_

\*Empleador: \_\_\_\_\_ # Trabajo: \_\_\_\_\_ Ext # \_\_\_\_\_

POR FAVOR DE PRESENTAR SU TARJETA DE SEGURO MEDICO

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

\*Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion al Paciente: \_\_\_\_\_

\* # Telefono del la Casa: \_\_\_\_\_ # Tel efono del Trabajo: \_\_\_\_\_ # Celular \_\_\_\_\_

Quien la/lo refirio o como oyo de esta clinica? \_\_\_\_\_

ASIGNACION DE BENEFICIOS

Yo autorizo a Ashley Pediatrics 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 copania de seguros sea hecho directamente a Ashley Pediatrics.

Firma: \_\_\_\_\_ Relacion al paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

ACUERDO FINANCIERO

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 padres/guardianes legales son responsables de cubrir todos los pagos derivados por servicios del tratamiento al paciente. Yo acepto toda la responsabilidad financiera por todos los pagos que no sean cubiertos por mi compania de seguros. Yo he recibido una copia del Aviso acerca de las Practicas de Privacidad y he tenido la oportunidad de objetar que se utilize la informacion sobre mi salud.

Firma: \_\_\_\_\_ Relacion al paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Sarojini Bose, M. D.

**ASHLEY PEDIATRICS DAY & NIGHT CLINIC**

<input type="checkbox"/> 801 E. Nolana, Ste 13-A McAllen, TX 78504 P (956) 686-2700 F (956) 686-2708	<input type="checkbox"/> 2029 A E. Griffin Pkwy Mission, TX 78572 P (956) 424-3222 F (956) 424-3225	<input type="checkbox"/> 514 S. Closner Blvd. Edinburg, TX 78539 P (956) 287- 2300 F (956) 287-2315	<input type="checkbox"/> 6201 S Cage Blvd Ste 5 Pharr, TX 78577 P (956) 283-7070 F (956) 283-7083	<input type="checkbox"/> 1001 S. 10 <sup>th</sup> St., Suite E McAllen, TX 78501 P (956)213-8400 F (956)213-8333
---	--	--	--	---

**SEGURO**

Nosotros mandaremos los cobros a su compañía de seguros como una cortesía hacia usted, cualquier pago sobre cargo médico es responsabilidad suya y deberá ser arreglado entre usted y su compañía de seguros. Es su responsabilidad conocer la cobertura de su póliza de seguros. Usted es responsable de cubrir el pago total de todos los servicios recibidos que su compañía de seguros no cobra.

**BALANCES PENDIENTES**

Si nosotros no hemos recibido el pago por parte de su compañía de seguros y usted tiene aún algún balance pendiente por más de sesenta (60) días desde la fecha en que recibió el servicio, sera usted quien recibirá el cobro directamente. Le daremos información necesaria para que reciba el reembolso directamente por parte de su compañía de seguros. Si no ha recibido el pago o si no se hace ningún arreglo por el cargo de los servicios recibidos después de noventa (90) días, su balance pendiente pasará a una agencia de cobros y usted será responsable de pagar el balance, además de los gastos por los servicios de la agencia de cobros. En el caso de recibir un cheque(s) sin fondos sin importar la razón. Habrá un cargo de \$32.00 dólares, además de cargo por servicio de coleccionar el cheque. En el caso de que haya un sobrecargo, nosotros le reembolsaremos a los treinta (30) días siguientes al fin del mes, en el cual el pago por parte de su compañía de seguros fue recibido, para así poder tener claro nuestro balance.

**SEGURO SECUNDARIO**

Si usted tiene más de un compañía de seguros, nosotros mandaremos el cobro a su compañía de seguro **principal** y a la compañía de seguro **secundario**. Si su compañía de seguro principal se niega a cubrir el pago, mandaremos el cobro a su compañía de seguro secundario. Si no se recibe ningún pago por parte de las compañías de seguro principal y del seguro secundario, usted sera responsable de cubrir este pago.

**ARCHIVOS MEDICOS**

En el caso de que usted necesite copias del archive médico de su hijo o necesite reemplazar una tarjeta de vacunas que haya perdido, hay una cuota administrativa que debe pagarse al momento de recibir estos servicios. También le será requerido que muestre una identificación que preube que usted es uno de los padres/guardián legal del niño(a), así como también que firme una forma de autorización. Estos servicios estarán disponibles cinco (5) días después de que los haya solicitado.

**PACIENTES MENORES DE EDAD**

Todos los pacientes menores de edad deberán estar acompañados por uno de sus padres o guardian legal.

**CITAS CANCELADAS**

Si no puede asistir a la cita con el médico y necesita cambiar su cita o cancelarla, por favor llámenos veinticuatro (24) horas antes de la hora de la cita asignada.

**YO HE LEIDO, COMPRENDO Y ESTOY DE ACUERDO CON LOS TERMINOS DE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA EXPLICADOS EN ESTA HOJA.**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Yo autorizo que se pague directamente a Ashley Pediatrics por servicios médicos recibidos. Yo entiendo mi responsabilidad financiera sobre cualquier información médica o incidental que necesaria para servicios médicos o para procesar beneficios financieros.

Nombre de Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Guardian \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Insurance/Medicaid # : \_\_\_\_\_

Sarojini Bose, M. D.  
**ASHLEY PEDIATRICS DAY & NIGHT CLINIC**

<input type="checkbox"/> 801 E. Nolana, Ste 13-A McAllen, TX 78504 P (956) 686-2700 F (956) 686-2708	<input type="checkbox"/> 2029 A E. Griffin Pkwy Mission, TX 78572 P (956) 424-3222 F (956) 424-3225	<input type="checkbox"/> 514 S. Closner Blvd. Edinburg, TX 78539 P (956) 287- 2300 F (956) 287-2315	<input type="checkbox"/> 6201 S. Cage Blvd. Ste 5 Pharr, TX 78577 P (956) 283-7070 F (956) 283-7083	<input type="checkbox"/> 1001 S. 10 <sup>th</sup> St., Suite E McAllen, TX 78501 P (956)213-8400 F (956)213-8333
---	--	--	--	---

**HISTORIA DEL RECIEN NACIDO**

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Edad de la Madre \_\_\_\_\_

EMBARAZO: # de Embarazos _____	PARTO: Vaginal _____	Cesarea _____
# de Partos _____	Anestesia _____	Analgesia _____
Tipo de Sangre _____	Forceps _____	Razones _____
Ultrasonido _____	Amniocentesis _____	

**EXAMENES**

Hep B _____	Gonococo _____	Medicamentos _____
Hep C _____	Herpes _____	Alcohol _____
AFP _____	Clamidia _____	Fumadora _____
HIV _____	GBS _____	Otras Drogas Recreacionales _____
SIFILIS _____	Otras Enfermedades _____	

**COMPLICACIONES DE EMBARAZO**

Infeccion Urinaria \_\_\_\_\_  
Hipertension \_\_\_\_\_  
Sangrado Vaginal \_\_\_\_\_  
Parto Prematuro \_\_\_\_\_  
Tiempo que paso desde  
la ruptura de membranes \_\_\_\_\_  
Fiebre Post-parto \_\_\_\_\_  
Liquido amniotico con meconio \_\_\_\_\_  
Preclamsia \_\_\_\_\_  
Eclampsia \_\_\_\_\_  
Diabetes \_\_\_\_\_

**CONDICIONES DEL RECIEN NACIDO**

Diabetes \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_  
Sufrimiento Fetal \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_  
Ictericia \_\_\_\_\_  
Fracturas \_\_\_\_\_  
Cadera \_\_\_\_\_  
Pulmones \_\_\_\_\_  
Corazon \_\_\_\_\_  
Cefalohematoma \_\_\_\_\_  
Caput \_\_\_\_\_  
APGAR \_\_\_\_\_  
Otras Anomalias \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL OBSTETRA \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PEDIATRA \_\_\_\_\_

HOSPITAL \_\_\_\_\_

Insurance/Medicaid #: \_\_\_\_\_

Sarojini Bose, M. D.  
**ASHLEY PEDIATRICS DAY & NIGHT CLINIC**

- 801 E. Nolana, Ste 13-A     2029 A E. Griffin Pkwy     514 S. Closner Blvd.     6201 S Cage Blvd Ste 5     1001 S. 10<sup>th</sup> St., Suite E
- McAllen, TX 78504    Mission, TX 78572    Edinburg, TX 78539    Pharr, TX 78577    McAllen, TX 78501
- P (956) 686-2700    P (956) 424-3222    P (956) 287- 2300    P (956) 283-7070    P (956)213-8400
- F (956) 686-2708    F (956) 424-3225    F (956) 287-2315    F (956) 283-7083    F (956)213-8333

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES DEL RECIÉN NACIDO

Tipo de Parto \_\_\_\_\_ Termino \_\_\_\_\_ Prematuro \_\_\_\_\_  
 Meses \_\_\_\_\_ Numero de Embarazo \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_  
 Peso Al Nacer \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_  
 Apgar \_\_\_\_\_ Circuncisión \_\_\_\_\_ Tipo De Sangre \_\_\_\_\_  
 Otro \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES FAMILIARES

MADRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ OCUPACION \_\_\_\_\_  
 PADRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ OCUPACION \_\_\_\_\_

HERMANOS	EDAD	SEXO	SALUD
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

ALGUN FAMILIAR TIENE O HA TENIDO:

Presión Alta \_\_\_\_\_ Cancer \_\_\_\_\_ Colesterol Alto \_\_\_\_\_  
 Alérgias \_\_\_\_\_ Triglicéridos Altos \_\_\_\_\_

HISTORIA NUTRICIONAL

Leche Materna \_\_\_\_\_ Formula \_\_\_\_\_ Suplemento Vitaminico \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_  
 Alimentos Blandos Adicionales \_\_\_\_\_  
 Apetito \_\_\_\_\_ Evacuaciones \_\_\_\_\_  
 Alérgias \_\_\_\_\_  
 Otros \_\_\_\_\_

HISTORIA DEL DESARROLLO DEL PACIENTE

ACTIVIDAD	EDAD	ACTIVIDAD	EDAD
Levantó la cabeza		Sonrió	
Se sentó con ayuda		Se levantó con ayuda	
Se sentó solo		Alcanzó objetos	
Primeros dientes		Gateó	
Se paró solo		Caminó	
Dijo palabras		Frases	

HABITOS

Duerme \_\_\_\_\_ Siestas \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Moja la Cama \_\_\_\_\_ Juega \_\_\_\_\_

HISTORIA DE ENFERMEDADES

General \_\_\_\_\_ Alérgias \_\_\_\_\_  
 Varicela \_\_\_\_\_ Anginas/Faringitis \_\_\_\_\_  
 Infecciones del oído \_\_\_\_\_ Asma/Bronquitis \_\_\_\_\_  
 Héridas Serias \_\_\_\_\_ Operaciones \_\_\_\_\_  
 Hospitalización \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO ESTATAL DE SERVICIOS DE SALUD DE TEXAS  
**REGISTRO DE INMUNIZACIÓN (ImmTrac)**  
 (RECIÉN NACIDO) FORMULARIO DE REGISTRO



(Favor de escribir claramente con letra de molde)

For Clinic/Office Use

Apellido del Niño(a)

Nombre del Niño(a)

*\*Solo recién nacidos.*

Fecha de Nacimiento del Niño(a)

Nombre de la Madre

Dirección de la Madre, Calle

Ciudad

Segundo Nombre del Niño(a)

Género:  Masculino  Femenino

Apellido de Soltera de la Madre

Apartamento #

Teléfono

Estado

Código Postal

Municipio

El registro de inmunización (ImmTrac) de Texas, es un servicio gratis que proporciona el Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS). El registro de inmunización es un servicio seguro y confidencial que consolida y guarda el récord de inmunizaciones de su niño (menor de 18 años de edad). Con su consentimiento, la información de la inmunización de su niño será incluida en ImmTrac. Los doctores, departamentos de salud pública, escuelas y otros profesionales autorizados pueden tener acceso al historial de inmunización de su niño para asegurar que las vacunas importantes no le falten.

*El Departamento Estatal de Servicios de Salud le anima a participar voluntariamente en el registro de inmunización de Texas.*

**Consentimiento Para Registrar al Menor y Dar a Conocer los Documentos de Vacunación a las Entidades Autorizadas**

Entiendo que, con mi consentimiento a continuación, autorizó que se dé a conocer la información de vacunación del menor al DSHS, y además entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro central de inmunización del estado ("ImmTrac"). Una vez que la información del menor esté en ImmTrac, por ley la puede acceder:

- el distrito de salud pública o el departamento de salud local, para propósitos de salud pública dentro de sus áreas de jurisdicción;
- el médico, o algún otro médico o proveedor de atención de salud legalmente autorizado para administrar vacunas, en el tratamiento del menor como paciente;
- la agencia estatal que tenga la custodia legal del menor;
- la escuela o la guardería de Texas en que el menor esté inscrito;
- el pagador, actualmente autorizado por el Departamento del Seguro de Texas para operar en Texas, con respecto a la cobertura del menor.

Entiendo que puedo retirar este consentimiento para incluir información sobre el menor en el Registro de ImmTrac y mi consentimiento para dar a conocer la información del registro en cualquier momento mediante comunicación escrita a Texas Department of State Health Services, ImmTrac Group – MC 1946, P.O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

Favor de marcar la caja  indicando la selección de su preferencia.

YO **AUTORIZO** el consentimiento para registrarlo. Deseo **INCLUIR** la información de mi niño en el registro de inmunización de Texas.

YO **NIEGO** el consentimiento para registrarlo. Deseo **EXCLUIR** la información de mi niño del registro de inmunización de Texas.

Alguno de los padres, tutor legal o administrador de bienes:

\_\_\_\_\_   
 Escriba con letra de molde

Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Notificación Sobre Privacidad:** Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Dirijase a <http://www.dshs.state.tx.us> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

¿Tiene preguntas? (800) 252-9152 • (512) 458-7284 • [www.ImmTrac.com](http://www.ImmTrac.com)

ImmTrac NB-2S Stock No. F11-11936

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

Revised 07/11/08



***BIRTH REGISTRARS*** – Please enter newborn client information in Texas Electronic Registrar and **affirm** that consent has been granted. **DO NOT fax to DSHS. Retain this form in the client's birth record.**

**TEXAS VACCINES FOR CHILDREN PROGRAM (TVFC)**  
**[EL PROGRAMA DE VACUNAS PARA LOS NIÑOS DE TEXAS,**  
**TVFC, por sus siglas en inglés]**  
**ARCHIVO QUE DETERMINA LA ELEGIBILIDAD DEL PACIENTE**

uso de la clínica solamente: (CLINIC USE ONLY): TVFC Eligible: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
---

Propósito: El determinar la elegibilidad y el origen de los fondos para reembolsar al *Texas Department of State Health Services* (Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas) por las vacunas. Un archivo debe guardarse en la oficina del proveedor de atención médica, el cual refleja el estatus de todos los niños de 18 años de edad o menores quienes reciben inmunizaciones a través del Programa de Vacunas Para los Niños de Texas. El formulario puede ser llenado por el padre, la madre, el tutor legal o el individuo del registro. Este mismo formulario puede utilizarse para todas las visitas subsiguientes con tal de que el estatus de elegibilidad del niño no haya cambiado. Aunque la verificación de las respuestas no es requerida, es necesario retener éste, o un archivo similar, para cada niño que reciba vacunas.

Fecha de determinación: \_\_\_\_\_

Nombre del niño:

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre
----------	---------------	----------------------------

Fecha de nacimiento del niño: \_\_\_\_\_  
(mes/día/año)

Padre / Madre / Tutor legal / Individuo del registro:

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre
----------	---------------	----------------------------

Nombre del proveedor / nombre de la clínica:

**Sírvase seleccionar una de las categorías siguientes (marque la primera categoría que se aplica; marque solamente una) para determinar si el niño cumple los requisitos para recibir vacunas del TVFC:**

- (a) está inscrito en Medicaid, o
- (b) no tiene seguro médico, o
- (c) es Indio-Americano, o
- (d) es nativo de Alaska, o
- (e) es un paciente que recibe beneficios del *Children's Health Insurance Plan* (Plan de seguro médico para niños, *CHIP*, por sus siglas en inglés), o
- (f) no tiene seguro médico suficiente (tiene seguro médico que **NO** paga por las vacunas; tiene un co-pago o un deducible que la familia no puede pagar; o tiene un seguro que proporciona una cobertura limitada para el bienestar o la prevención), o
- (g) es un paciente que recibe servicios de cualquier clínica de salud pública y no reúne ninguno de los criterios indicados anteriormente (a-f), o
- (h) tiene seguro privado o está pagando por servicios.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Con pocas excepciones, usted tiene el derecho a pedir y ser informado(a) sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. Usted tiene el derecho a recibir y examinar la información al pediría. Usted también tiene el derecho a pedirle a la agencia estatal que corrija cualquier información que se determina ser incorrecta. Vaya a <http://www.dshs.state.tx.us> para más información acerca de la Notificación sobre la Privacidad. (Referencia: *Government Code, Section 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004*)

Insurance/Medicaid #: \_\_\_\_\_

Sarojini Bose, M. D.  
**ASHLEY PEDIATRICS DAY & NIGHT CLINIC**

- |   |  |  |   |  |
|---|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 801 E. Nolana, Ste 13-A<br>McAllen, TX 78504<br>P (956) 686-2700<br>F (956) 686-2708 | <input type="checkbox"/> 2029 A E. Griffin Pkwy<br>Mission, TX 78572<br>P (956) 424-3222<br>F (956) 424-3225 | <input type="checkbox"/> 514 S. Closner Blvd.<br>Edinburg, TX 78539<br>P (956) 287- 2300<br>F (956) 287-2315 | <input type="checkbox"/> 6201 S. Cage Blvd Ste 5<br>Pharr, TX 78577<br>P (956) 283-7070<br>F (956) 283-7083 | <input type="checkbox"/> 1001 S. 10 <sup>th</sup> St., Suite E<br>McAllen, TX 78501<br>P (956)213-8400<br>F (956) 213-8333 |
|---|--|--|---|--|

**Acknowledgement of Review of  
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

I have reviewed this practice'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.

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient or Personal Representative

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Name of Patient or Personal Representative

\_\_\_\_\_  
Description of Personal Representative's Authority

---

**Reconocimiento De Haber Revisado El Aviso  
ACERCA DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

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.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Guardian Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente o del Representa Personal

\_\_\_\_\_  
Descripcion de la Autoridad del Representa Personal