



## Coastal Kids - Oxnard

### Información de los niños de su familia

	NIÑO 1	NIÑO 2	NIÑO 3
Apellido:			
Nombre:			
Segundo Nombre:			
Fecha de Nacimiento:	__/__/____	__/__/____	__/__/____
Sexo al nacer:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Teléfono celular (si > 13 años)	( ) ____-____	( ) ____-____	( ) ____-____
Dirección primaria:	_____ Ciudad: _____ Zip: _____	_____ Ciudad: _____ Zip: _____	_____ Ciudad: _____ Zip: _____
Dirección secundaria:	_____ Ciudad: _____ Zip: _____	_____ Ciudad: _____ Zip: _____	_____ Ciudad: _____ Zip: _____
¿Con quién vive? (por favor provea documentos de custodia si existen)	<input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Custodia compartida <input type="checkbox"/> Padre adoptivo	<input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Custodia compartida <input type="checkbox"/> Padre adoptivo	<input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Custodia compartida <input type="checkbox"/> Padre adoptivo



## Coastal Kids - Oxnard

### Información de los padres

	Padre 1 <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	Padre 2 <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre
Apellido:		
Nombre:		
Segundo nombre:		
Fecha de nacimiento:	___/___/_____	___/___/_____
Número de Seguro social:		
Empresa:		
Profesión:		
Dirección (si diferente del niño):	_____ City: _____ Zip: _____	_____ City: _____ Zip: _____
Número de teléfono celular:	( ) ___-_____	( ) ___-_____
Número de teléfono del trabajo:	( ) ___-_____	( ) ___-_____
Número de teléfono de casa:	( ) ___-_____	( ) ___-_____
Correo electrónico:		
¿Relación?	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado
¿Asegurado primario?	<input type="checkbox"/> Padre 1 <input type="checkbox"/> Padre 2 <input type="checkbox"/> Doble asegurado <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Padre 1 <input type="checkbox"/> Padre 2 <input type="checkbox"/> Doble asegurado <input type="checkbox"/> Otro
¿Lenguaje primario?		
¿Quién lo refirió?		

Nombre y dirección de su farmacia preferida: \_\_\_\_\_

A quién quiere que reciba los recordatorios de sus citas:  Padre 1  Padre 2

**CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO, ACUERDO FINANCIERO Y  
FORMULARIO DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**NOMBRE LEGAL COMPLETO DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR LEGAL:** \_\_\_\_\_

**RELACIÓN CON EL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO:** Yo, paciente adulto legal o el tutor legal, doy mi consentimiento o el del paciente mencionado anteriormente (el "Paciente") para recibir atención médica, pruebas y tratamiento por Coastal Kids & Pediatric Associates Family of Companies (la "Práctica"), y los proveedores. Esto puede incluir exámenes médicamente necesarios, tratamientos, prescripción y administración de medicamentos, inyecciones, vacunas, exámenes y cuestionarios, pruebas de diagnóstico, procedimientos de laboratorio, procedimientos en el consultorio, coordinación de servicios de atención médica, servicios de emergencia por parte del proveedor, otros miembros del personal autorizados o personal bajo la supervisión del proveedor autorizado para esta visita, visitas futuras y visitas de telesalud. El paciente entiende que los proveedores pueden incluir médicos, enfermeras practicantes, asistentes médicos y otros clínicos, así como estudiantes, pasantes y clínicos tanto empleados como no empleados directamente por la Práctica.

El paciente entiende que tiene derecho a consentir o negarse a consentir cualquier tratamiento o procedimiento médicamente necesario, salvo que la ley exija lo contrario. El paciente entiende que tiene derecho a analizar todos los tratamientos médicos con los proveedores. El paciente entiende que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta, y que el diagnóstico y el tratamiento pueden implicar el riesgo de lesión o muerte. El Paciente entiende que no se han dado garantías con respecto al diagnóstico, tratamiento o cuidado que el Paciente pueda recibir. El Paciente entiende que este consentimiento para tratamiento debe ser firmado, en orden, para que el Paciente sea atendido y se considerará válido hasta el momento en que el Paciente revoque este consentimiento por escrito.

**CONSENTIMIENTO PARA TELESALUD:** El Paciente acepta la atención y el tratamiento que impliquen el uso de comunicaciones electrónicas entre el Paciente, el tutor legal y el proveedor transmitidas por teléfono y/o por video u otra información transmitida a un proveedor que se encuentre en un lugar diferente al del Paciente. Los servicios de telesalud permiten a los proveedores de atención médica en lugares remotos compartir la información médica del Paciente para fines de diagnóstico, terapia, seguimiento y educación. El Paciente da su consentimiento y autoriza a la Práctica y a los proveedores a enviar la información del Paciente a un tercero según sea necesario para recibir servicios de telesalud, y el Paciente entiende que se aplican las protecciones de confidencialidad existentes.

El Paciente entiende que, si bien los servicios de telesalud pueden ser utilizados para proporcionar un mejor acceso a la atención médica, al igual que con cualquier servicio o procedimiento médico, existen riesgos potenciales. Estos riesgos incluyen, entre otros, problemas técnicos en la transmisión de la información y fallas en los equipos que podrían ocasionar la pérdida de información o retrasos en el tratamiento. El Paciente entiende que tiene derecho a negar o retirar su consentimiento al uso de servicios de telesalud durante el tratamiento en cualquier momento, sin que ello afecte a su derecho a recibir tratamiento en el futuro.

**CONSENTIMIENTO PARA ANTECEDENTES DE MEDICAMENTOS:** El Paciente autoriza a la Práctica y a los proveedores a solicitar, usar y divulgar los antecedentes de prescripción de medicamentos del Paciente

**CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO, ACUERDO FINANCIERO Y  
FORMULARIO DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**NOMBRE LEGAL COMPLETO DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

de y a otros proveedores de atención médica y/o farmacias de terceros según sea necesario para fines de tratamiento.

**ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN MÉDICA:** El Paciente entiende y da su consentimiento para que los proveedores, médicos clínicos y otros profesionales de la salud puedan participar en capacitaciones durante el tratamiento del Paciente. El Paciente entiende y da su consentimiento para que la Práctica y los proveedores permitan el acceso a las áreas de atención al paciente a personas que no son empleados, tales como estudiantes y proveedores de atención médica asociados que participan en programas educativos. El Paciente entiende que ellos pueden tener acceso incidental a información de salud. El Paciente entiende que tiene derecho a interrogar al proveedor en relación con dicha capacitación y que puede optar por no autorizar dicho acceso durante el examen y tratamiento del Paciente.

**IMÁGENES MÉDICAS:** El Paciente autoriza que se le tomen fotografías con fines de atención o enseñanza médica. El Paciente entiende que estas imágenes serán almacenadas en el registro médico del Paciente de una manera segura que protegerá la privacidad del Paciente. Las imágenes se conservarán durante el período de tiempo requerido por la ley.

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL CUIDADO DE LA SALUD:** El Paciente autoriza a la Práctica a compartir la información de salud protegida del Paciente para propósitos de tratamiento y pago con los adultos sin custodia listados a continuación cuando estos individuos traigan al Paciente a sus visitas. El Paciente entiende que tiene el derecho legal de preautorizar el tratamiento y solicitar que la Práctica brinde tratamiento médico cuando el tutor legal no pueda estar presente en las visitas del Paciente y pueda hacerlo telefónicamente. Sin embargo, entiendo que esta autorización para tratamiento no está supeditada a su capacidad para llegar con éxito a mí como tutor legal del Paciente.

**USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** El Paciente consiente en el uso y divulgación de información de la historia clínica del Paciente, incluida la información médica protegida, por parte de la Práctica para tratamiento, pago y operaciones de atención médica según lo permita la ley. Todos los usos y divulgaciones se regirán por los términos identificados en el Aviso de Prácticas de Privacidad. El Paciente autoriza a la Práctica a divulgar todos los registros de vacunación a pedido directamente al instituto educativo y/o guardería del Paciente. El Paciente entiende que esta autorización permanecerá vigente hasta el momento en que el Paciente la revoque por escrito. El Paciente entiende que, para restringir la divulgación de los registros de vacunación, debe solicitar y completar el Formulario de Solicitud de Limitación y Divulgación de Información Médica Protegida, que incluye los registros de vacunación del Paciente a las escuelas.

**ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y ACUERDO FINANCIERO:** Por la presente, el Paciente asigna y autoriza el pago de los beneficios del seguro directamente a la Práctica. El Paciente entiende que es financieramente responsable de cualquier cargo no pagado por la compañía de seguros. El Paciente autoriza la divulgación de la información médica y financiera del Paciente al pagador del seguro médico correspondiente, incluidos los pagadores comerciales y gubernamentales. Todos los honorarios no cubiertos por el seguro deberán abonarse en el momento en que se presten los servicios. En el momento de la visita, el Paciente entiende que la persona que lo trae a la cita puede ser responsable financieramente.

**CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO, ACUERDO FINANCIERO Y  
FORMULARIO DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**NOMBRE LEGAL COMPLETO DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

La Práctica puede cobrar cargos por citas perdidas, cheques devueltos por fondos insuficientes y actividades de cobranza. El Paciente reconoce que puede acceder a la Política de Citas Perdidas en el sitio web.

**POLÍTICAS DE LA OFICINA:** El paciente ha revisado las políticas de la oficina que se han presentado, y cualquier pregunta con respecto a las políticas se han contestado satisfactoriamente para mí. El paciente está de acuerdo en cumplir con las políticas.

**CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA:** El Paciente autoriza a la Práctica a utilizar la información del Paciente para enviar recordatorios con respecto a las próximas citas, para obtener comentarios sobre la experiencia de la práctica y para proporcionar información general de salud a través de correo electrónico y/o mensajes de texto.

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:**

Al marcar esta sección, el Paciente reconoce que ha recibido información sobre el Aviso de Prácticas de Privacidad, que establece las formas en que la información de salud puede ser utilizada o divulgada por la Práctica y describe los derechos del Paciente con respecto a dicha información. El Paciente entiende que el Aviso también está disponible en el sitio web de la Práctica o en la oficina si lo solicita.

**INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD:**

Al marcar esta sección, el Paciente elige autorizar la divulgación de la información de salud del Paciente al Intercambio regional de información de salud de California que corresponda, y entiendo que los proveedores de atención de la salud participantes autorizados pueden acceder a la información. Entiendo que puedo revocar esta autorización, y que la revocación entrará en vigor en la fecha en que se haga y no se aplicará a la información de salud ya divulgada o intercambiada.

**OTROS TUTORES LEGALES:**

1. Nombre y apellido completos: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Numero de telefono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

2. Nombre y apellido completos: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Numero de telefono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO, ACUERDO FINANCIERO Y  
FORMULARIO DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**NOMBRE LEGAL COMPLETO DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3. Nombre y apellido completos: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Numero de telefono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**OTROS ADULTOS SIN CUSTODIA QUE PUEDAN LLEVAR AL PACIENTE A LAS VISITAS Y RECIBIR  
INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE:**

1. Nombre y apellido completos: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Numero de telefono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

2. Nombre y apellido completos: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Numero de telefono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

3. Nombre y apellido completos: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Numero de telefono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL PACIENTE (SI EL PACIENTE TIENE 18 AÑOS O MÁS) O TUTOR LEGAL:** Con mi firma a continuación, el Paciente certifica que ha leído, entendido y aceptado los puntos de este Formulario de Consentimiento General, Acuerdo Financiero y Divulgación. El Paciente certifica que la información dada sobre la identidad del Paciente, información demográfica, financiera y de seguro es verdadera. El Paciente certifica que se le ha dado la oportunidad de hacer preguntas y que todas las preguntas (si las hay) han sido contestadas a su satisfacción.

\_\_\_\_\_  
Firma del tutor legal o paciente (si el paciente tiene 18 años o más)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre  
completo en imprenta del tutor legal o del paciente

# DECLARACIÓN DE POLÍTICA DE VACUNAS

**Creemos firmemente** que es nuestra obligación moral y ética producir esta declaración de política de vacunas manteniendo nuestra promesa de juramento hipocrático a todos nuestros pacientes de ofrecer medicina basada en evidencia y no hacer daño.

**Creemos firmemente** en la eficacia de las vacunas para prevenir enfermedades graves y salvar vidas.

**Creemos firmemente** en la seguridad de nuestras vacunas.

**Creemos firmemente** que TODOS los niños y adultos jóvenes sanos deben recibir TODAS las vacunas recomendadas de acuerdo con el calendario recomendado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y la Academia Estadounidense de Pediatría.

**Creemos firmemente** que vacunar a niños y adultos jóvenes es una de las intervenciones de promoción de la salud MÁS importantes que realizamos como proveedores de atención médica, y que ustedes pueden desempeñar como padres / cuidadores. El programa de vacunación recomendado es el resultado de MUCHOS años de extensos estudios científicos y recopilación de datos sobre millones de niños y adultos por parte de miles de nuestros científicos y médicos más brillantes.

**SABEMOS**, según toda la literatura, la evidencia y los estudios actuales disponibles, que las vacunas NO causan autismo u otras discapacidades del desarrollo.

**Nos enorgullece** el hecho de que todos los niños que vienen a nuestra oficina para recibir atención médica están completamente vacunados de acuerdo con los estándares recomendados por los CDC y la AAP. Es poco probable que su bebé esté expuesto a enfermedades prevenibles con vacunas en nuestra sala de espera.

**NO ACEPTAMOS** retrasar las vacunas debido al temor de los padres. Tenga en cuenta que retrasar o "dividir las vacunas" para administrar una o dos a la vez durante dos o más visitas va en contra de las recomendaciones de los expertos y puede poner a su hijo en riesgo de una enfermedad grave (o incluso la muerte). También va en contra de nuestro consejo médico. Tales visitas adicionales requerirían copagos o cargos adicionales de su parte e imparten un mayor número de experiencias de dolor para su hijo. No contamos con vacunas individuales si las vacunas combinadas están disponibles precisamente para reducir la cantidad de inyecciones y experiencias de dolor que cualquier niño recibirá de nosotros.

Creemos que negarse a vacunar a sus hijos está mal informado e inaceptable. Le estamos informando sobre estos hechos no para asustarlo o coaccionarlo, sino para enfatizar la importancia de vacunar a su hijo. Reconocemos que la elección puede ser muy emotiva para algunos padres que han sido persuadidos por información falsa de los medios de comunicación, la industria del entretenimiento y fuentes de Internet. Haremos todo lo posible para tranquilizarlo y brindarle información precisa y con base científica de que vacunar de acuerdo con el programa de los CDC es la mejor manera de asegurar que su hijo se mantenga saludable.

Europeos optaron por no vacunar a sus hijos. Como resultado de rechazar las vacunas, Europa experimentó grandes brotes de sarampión, con varias muertes por complicaciones de la enfermedad. En 2012, hubo más de 48,000 casos de pertusis (tos ferina) en los Estados Unidos, lo que resultó en 22 muertes. La mayoría de las víctimas eran bebés menores de seis meses. Muchos niños que contrajeron la enfermedad tuvieron padres que tomaron la decisión consciente de NO vacunar. En 2015, hubo un brote de sarampión en Disneyland, California (probablemente iniciado por un visitante del parque infectado que había viajado desde Filipinas). El brote finalmente se extendió a 147 personas y, nuevamente, muchas eran demasiado jóvenes para haber sido vacunadas. El número de muertes por influenza sigue siendo asombroso, 80,000 muertes en 2018 en los EE. UU., La mayoría en personas no vacunadas. Cuando no se vacuna, corre un riesgo significativo para la salud de su hijo y la salud de las personas que lo rodean. Al no vacunar, también se aprovecha egoístamente de miles de personas que sí vacunan a sus hijos, disminuyendo así la probabilidad de que su hijo contraiga una enfermedad prevenible mediante vacunación.

Adaptado de Immunization Action Coalition • Saint Paul, Minnesota • 651-647-9009 • [www.immunize.org](http://www.immunize.org) • [www.vaccineinformation.org](http://www.vaccineinformation.org) [www.immunize.org/catg.d/p2067.pdf](http://www.immunize.org/catg.d/p2067.pdf) • Item # P2067 (8/16)

FIRMA \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_





## Formulario para rechazar, empezar a compartir o solicitar información sobre los datos de vacunación

<b>Marque (✓) la/las declaración(es) que apliquen:</b>	
<b>Mi nombre completo:</b>	<b>Relación con el paciente:</b> <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Padre/madre/tutor
Nombre del paciente:	Dirección del paciente:
Fecha de nacimiento del paciente:	Ciudad y código postal:
ID del paciente (opcional):	El condado del paciente:
Teléfono:	
<b>Rechazar compartir</b>	
<input type="checkbox"/> <b>RECHAZO</b> permitir que los datos de vacunación o pruebas de tuberculosis (TB) míos o de mi hijo(a) se compartan con otros profesionales de salud, entidades o escuelas en el Registro de Vacunación de California (CAIR, en inglés).*	
<i>* Nota: Los datos de vacunación aún se pueden documentar en el registro para el uso del consultorio médico. Por ley, los funcionarios de salud pública también pueden tener acceso a los datos de vacunación o pruebas de TB en caso de una emergencia de salud pública.</i>	
<b>Empezar a compartir</b> (Rechacé antes, pero cambio de opinión y deseo compartir)	
<input type="checkbox"/> <b>PERMITO</b> que los datos de vacunación o pruebas de tuberculosis (TB) míos o de mi hijo(a) se compartan con otros profesionales de salud, entidades o escuelas en el Registro de Vacunación de California (CAIR, en inglés).	
<b>Solicitar Información</b>	
<input type="checkbox"/> SOLICITO una lista de las entidades que vieron los datos de vacunación o pruebas de tuberculosis míos o de mi hijo(a) conservados en CAIR.	
<input type="checkbox"/> SOLICITO ver o corregir los datos de vacunación/pruebas de TB míos o de mi hijo(a) conservados en CAIR. Entiendo que cualquier cambio que se haga a estos datos tiene que ser verificado con la documentación apropiada de mi profesional de salud.	
Firma:	Fecha:

Envíe este formulario por fax o email al departamento técnico de CAIR al:  
1-888-436-8320, [CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov](mailto:CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov)