

ROGER Y TAKLA M.D. INC.

1040 ELM AVE STE 301
LONG BEACH, CA, 90813
562 491-9001(PH) 562 491-9283(FAX)

Fecha de hoy: _____

Informacion del paciente

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona postal: _____

Informacion de padre/madre

Correo electronico primario: _____

Numero de telefono primario: _____

Nombre de madre: _____ Cumpleanos: _____

Numero de cell: _____ Numero de trabajo: _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona postal: _____

Empleador: _____

Nombre de padre: _____ Cumpleanos: _____

Numero de cell: _____ Numero de trabajo: _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona postal: _____

Empleador: _____

Contacto de emergencia: _____

Numero de telefono: () _____

Relacion al paciente: _____

Estamos obligados a obtener la siguiente informacion para cada paciente.

Por favor, complete esta seccion antes de devolver el formulario. Gracias.

Su idioma preferido: _____

Raza/origen etnico de su hijo/a

-
- Indio americano
- Asiatico
- Afroamericano
- Caucasico
- Hispano
- Multiracial
- Desconocido
- Otro _____

El paciente o la persona legal representante del paciente da concentimiento para tratamiento medico dado a mi por Roger Y Takla M.D. Inc. Que cualquier informacion puede ser trasladada a cualquier otra oficina, hospital, o clinica para seguir tratamiento medico.

FORMA COMPLETADA POR:

Nombre _____ Firma _____ Fecha _____

**** Favor de entregar esta forma a la recepcionista. Gracias. ****

Registro para la Evaluación de Elegibilidad de Pacientes para el Programa de Vacunas para Niños (VFC)

Información del paciente					
Nombre del paciente		Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha
Fecha de nacimiento	Padre/Madre/Tutor (si aplica)	Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	
Nombre del profesional de la salud o clínica					
Roger Y Takia					
<input type="checkbox"/> El paciente nombrado anteriormente tiene derecho a recibir vacunas por medio del Programa VFC porque ella/él o su padre/madre/tutor afirma que el niño tiene 18 años de edad o menos y: <p>Marque solamente una de las siguientes: (Nota: Si el niño cumple con más de un requisito, seleccione el primero que aplique.)</p> <input type="checkbox"/> Reúne los requisitos necesarios para Medi-Cal o el Programa de Salud y Prevención de Discapacidades Infantiles (CHDP, en inglés); o <input type="checkbox"/> No tiene seguro médico; o <input type="checkbox"/> Es Nativo Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Su seguro médico no cubre el costo de las vacunas (sólo en los centros de salud con acreditación federal y clínicas rurales).					
<input type="checkbox"/> El paciente nombrado anteriormente no tiene derecho a las vacunas proporcionadas por el Programa VFC porque tiene seguro médico que cubre el costo de las vacunas.					

La Verificación del Estado de Elegibilidad					
Fecha de la evaluación	Elegible para VFC				No es Elegible para VFC
	Elegible para Medi-Cal o CHPD	No tiene seguro médico	Nativo Americano/ Nativo de Alaska	El seguro médico no cubre el costo de la(s) vacuna(s)	

- Notas**
- Este formulario documenta si el paciente mencionado anteriormente reúne los requisitos necesarios.
 - El profesional de la salud debe mantener este expediente para cada niño que reúne los requisitos para VFC por un mínimo de tres (3) años y ponerlos a la disposición para la inspección a solicitud de las autoridades estatales o federales.
 - El paciente, su padre/madre o profesional de la salud puede llenar este formulario (si él/ella es un menor emancipado [independiente] o tiene 18 años de edad).
 - La evaluación de elegibilidad para el Programa VFC y la documentación del estado de elegibilidad debe hacerse durante cada visita de vacunación para asegurar que el estado de elegibilidad no ha cambiado.
 - No se requiere la verificación de respuestas.



State of California—Health and Human Services Agency
California Department of Public Health



**CONSENT FOR DISCLOSURE AND/OR RELEASE OF CONFIDENTIAL
 INFORMATION FROM GDSP**

The undersigned hereby authorizes the release of Newborn Screening Test Results from the records of the Genetic Disease Screening Program. **Fax completed form to: (510) 412-1559 or mail completed form to: Attention: NBS Results, Genetic Disease Screening Program, 850 Marina Bay Parkway, F175 Mail Stop 8200, Richmond, CA 94804**

REQUESTING NEWBORN SCREENING RESULTS FOR:

Name: _____

Gender: Male Female Date of Birth: _____

Hospital Of Birth: _____

Home Address on Date of Birth: _____

Mother's Full Name: _____

Mother's Last Name on Date of Birth: _____

Mother's Date of Birth: _____

RELEASE RECORDS TO:

Name: ROGER Y TAKLA M.D

Address: 1040 ELM AVE STE 301
LONG BEACH, CA, 90813

Phone: 562 491 9001 Fax #: 562 491 9283

This authorization will expire on (Enter Date): _____

You have the right to retain a copy of this consent. You have the right to revoke this consent at any time by writing to: Chief, Genetic Disease Screening Program at the address above as stated in our privacy notice. Revocation of this consent does not eliminate your responsibilities for payment for services received. The Genetic Disease Screening Program is not responsible for further disclosures of the information by other parties that may result from complying with this consent.

 Signature Printed Name

(Parent or Legal Guardian should sign only if request is for a minor under 18 years of age)

Date signed: _____ Home phone: _____ Work phone: _____

I understand that any person who requests or obtains any record containing personal information from the California Department of Public Health under false pretenses will be guilty of a misdemeanor and fined up to \$5,000 or imprisoned up to one year or both.
 Please go to our website (see below) for our **Notice of Information & Privacy Practices**

Genetic Disease Screening Program • Newborn Screening Program • Richmond, CA 94804
 (510) 412-1502 • (510) 412-1559 FAX
 Website: www.cdph.ca.gov/programs/nbs E-mail questions to: NBS.Results@cdph.ca.gov