

KATY MEMORIAL PEDIATRICS
Francisco Moreno, MD. Charu J Sehgal, DO.

PATIENT REGISTRATION FORM

Patient Information:

Patient Acct #

Last Name	First Name	Middle Initial	SS#
-----------	------------	----------------	-----

Address	City	State	Zip Code
---------	------	-------	----------

Date of Birth	Sex	Age
---------------	-----	-----

Responsible Party Information:

Last Name	First Name	Middle Initial	Employment
-----------	------------	----------------	------------

Home Phone	Work Phone	Address if different than patient
------------	------------	-----------------------------------

Policy Holder Information:

Primary Insurance Name	Policy Holder Name	Date of Birth	SS#
------------------------	--------------------	---------------	-----

Primary Policy I.DJ / Group #	Effective Date	Relation	Employer
-------------------------------	----------------	----------	----------

Secondary Insurance Name	Policy Holder Name	Date of Birth	Relation
--------------------------	--------------------	---------------	----------

Secondary Policy LD. # / Group #	Effective Date	Employer
----------------------------------	----------------	----------

In case of emergency contact:
Name: _____ Tel.: _____

How did you hear about Dr. Francisco Moreno and Dr. Sehgal?
Friends TV Radio Insurance School
Medical Doctor Newspaper Telephone Directory Other: _____

Parent or Legal Guardian Signature: _____ Date: _____

List the names and ages of siblings that have been seen at Katy Memorial Pediatrics:

KATY MEMORIAL PEDIATRICS
Francisco Moreno, MD. Charu J Sehgal, DO

FORMA DE REGISTRO PARA PACIENTES

Información del Paciente:

➔

Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Seguro Social
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Fecha de Nacimiento	Sexo	Edad	

Información del Responsable del Seguro:

➔

Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Empleador
Teléfono de Casa	Teléfono de Oficina	Dirección (Si es diferente a La del paciente)	

Información del Seguro:

➔

Compañía. de Seguros	Responsable del Seguro	Fecha de Nacimiento	SS#	
No. De Póliza o ID.	No. De Grupo	Fecha Valida	Parentesco	Nombre del Empleador

En caso de tener un Seguro Secundario por favor llene la siguiente información.

Compañía. de Seguros Secundaria	Responsable del Seguro	Fecha de Nacimiento	Parentesco
No. de la Póliza Secundaria	No. del Grupo	Fecha Valida	Nombre del Empleador

En caso de Emergencia favor de proporcionar el nombre de alguien que no viva en casa:

Nombre: _____ Tel: _____

Como se enteró de la existencia de la oficina del Dr. Moreno?

Amigos Pacientes Nuestros TV Radio Seguro Escuela

Dr. Especialista Periódico Directorio Telefónico otro: _____

Firma del Padre, Madre o Guardián legal _____ Fecha: _____

Nombres y edades de hermanos y hermanas pacientes de Katy Memorial Pediatrics:

Welcome to Katy Memorial Pediatrics

As a new patient to Katy Memorial Pediatrics you may have many questions about our practice and the care you will receive. Rest assured the entire staff is always committed to assisting you during and after your visit. Dr. Moreno has been a practicing pediatric physician for over 24 years. Fully understanding your child's treatment plan will help facilitate a quicker recovery, and that is what we all desire. Please take a few moments to familiarize yourself with some key components of our practice. Knowing how the practice functions will allow for a convenient visit for you and your child.

Our Mission Statement: "To recruit the greatest skilled professionals, with the highest levels of integrity, to accept the most rewarding privilege of providing care to the children, adolescents and young adults of the community as if they were our own".

Our Office Hours: Appointments are scheduled from 9:00am - 12:00pm and from 2:00pm - 5:00pm Monday - Friday. Walk in visits for sick child exams are available for the convenience of our patients on Saturday from 8:00am - 10:00 am. Care during your visit may be provided by Dr. Moreno, Dr. Sehgal or Ten Salas, Certified Physician Assistant.

Our Appointment Policy: The staff of Katy Memorial Pediatrics realizes as a parent your time is valuable. Our entire team strives to make your visit as convenient and timely as possible. Please notify our office if you are unable to keep your appointment. We will attempt to contact you with a reminder call 48 hours prior to your appointment. In consideration of others, patients arriving late for their appointment 15 minutes or greater may be asked to reschedule. A missed appointment fee will be assessed after the second missed appointment when our office is not notified.

Our Financial Policy: Our office provides insurance claim processing as a courtesy. The ultimate responsibility of payment and authorization of benefits belongs to the patient. Our contract with your insurance carrier authorizes our office to collect co-insurance, co-pays and deductibles at the time of service. You may also be required to pay at the time of your visit any outstanding *balances* for which you have been previously billed. Any denial of payment from your insurer will be billed to you within 30 days. Payment in full will be expected. Our billing office personnel will work in a professional manner to help you resolve any outstanding claims.

I authorize the release of any information concerning my *child's* HealthCare, advice and treatment provided for the purpose of evaluating and administering claims for insurance benefits. I also hereby authorize payment of insurance benefits to Francisco E. Moreno, M.D., P.A.

Parent or Guardian

Date

Bienvenidos A Katy Memorial Pediatrics

Usted, como paciente nuevo en nuestra práctica, probablemente tenga algunas preguntas acerca de cuáles y que servicios damos. Orgullosamente le podemos garantizar que todo el personal en esta práctica está dedicado a ayudarle en todo lo posible durante su visita a nuestro consultorio. El Dr. Moreno ha, sido pediatra en esta área por 29 años, Él tiene un completo entendimiento, de las necesidades de su niño, de los problemas que lo aquejan y de los tratamientos más al día, que le permitirá, a sus niños una recuperación más rápida. Por favor tome unos cuantos momentos para que se pueda familiarizar con algunas características, de nuestro consultorio, así se le hará mas fácil su cita.

Nuestra Misión: Es contratar el mejor personal, con mucha integridad y deseo de cuidar por los n niños y adolescentes de nuestra comunidad, como si fueron nuestros propios hijos.

Nuestro Horario; Nuestras citas son de 9:00 am a 12 pm y de 2:00 pm a 5:00 pm de lunes a viernes, Visitas en sábados no necesitan previa cita y son solamente para pacientes enfermos: de 8:30 am a 11:30am,

Citas: Nuestro personal en Katy Memorial Pediatrics sabe que ustedes, como padres de familia, su tiempo es muy valioso. El Propósito de nuestro personal es hacerle tener una visita lo mis convenientemente posible. Como un favor muy especial le pedimos que si no puede venir a su cita, la cancele con anticipación, nosotros trataremos de recordarle acerca su cita, con 48 horas de anticipación. En consideración a otros pacientes, la persona que Llega 15 minutos después de su cita, probablemente se le pedirá que haga otra cita para después. En caso de que no venga a su cita por 2 veces, podría pedírsele que pague una cuenta en caso de que no se halla cancela la cita.

Cobras y finanzas: Como una cortesía a usted, nuestra práctica procesara su cuenta con su compañía de seguros. La responsabilidad del pago de su cuenta y la autorización de sus beneficios le corresponde a usted. Nuestro contrato con su compañía de seguros nos autoriza a cobrar su co-pago o deducibles al tiempo de su visita con el doctor. También puede haber la posibilidad de que se le pida pagar cualquier cantidad que está pendiente de pago por los servicios prestados previamente. En caso que su seguro no quiera pagar por los servicios rendidos, se le mandara a usted la cuenta en 30 días: se esperara el pago complete por usted. Nuestro departamento de cobranzas de este consultorio trabajara de una manera muy profesional con usted para resolver cualquier cuenta pendiente.

Yo doy autorización que se de información acerca de la salud, consejos y tratamientos dados a mi hijo/hija con el propósito de asesorar los beneficios dados por la compañía de seguros. Yo también autorizo el pago de los beneficios de la compañía de seguros a Francisco E Moreno M.D. P.A.

Paciente o Guardian

Fecha

Your Rights Under Federal Privacy Regulations

Requested Restrictions. You may request that we restrict or limit how your protected health information is used or disclosed for treatment, payment, or healthcare operations. We **do not** have to agree to this restriction, but if we do agree, we will comply with your request except under emergency circumstances.

To request a restriction, submit the following in writing to this practice's Privacy Officer: (a) the information to be restricted, (b) what kind of restriction you are requesting, and (c) to whom the limits apply. You may request we limit disclosure to family members, other relatives or close personal friends that may or may not be involved in your care.

Receiving Confidential Communications by Alternative Means. You may request that we send communications of protected health information by alternative means or to an alternative location. This request must be made in writing to this practice's Privacy Officer; we are required to accommodate only **reasonable** requests. Please specify in your correspondence exactly how you want us to communicate with you and, if you are directing us to send it to a particular place, the contact/address information,

Inspection and Copies of Protected Health Information. You may inspect and/or copy health information that is within the designated record set, which is information that is used to make decisions about your care. Please send your written request for inspection and/or copies of your health information to this practice's Privacy Officer. We are required to provide copies or a narrative within 15 days of your received request. We will inform you of when the records are ready or if we believe access should be limited. If we deny access we will inform you in writing,

We can refuse to provide some of the information you ask to inspect or ask to be copied if the information:

- Includes psychotherapy notes
- Includes the identity of a person who provided information if it was obtained under a promise of confidentiality
- Is subject to the Clinical Laboratory Improvements Amendments of 1988 » Has been compiled in anticipation of litigation

We can refuse to provide access to or copies of some information for other reasons, provided that we provide a review of our decision on your request. Another licensed health care provider who was not involved in the prior decision to deny access will make any such review.

HIPAA permits us to charge a reasonable cost based fee. The Texas State Board of Medical Examiners (TSBME) has set limits on fees for copies of medical records that under some circumstances may be lower than the charges permitted by HIPAA, In any event the lower of the fee permitted by HIPAA or the fee permitted by the TSBME will be charged.

Sus Derechos de Privacidad Bajo Regulación Federal.

Esta práctica usa y revela información médica de usted para tratamiento, obtener pago por tratamiento, por propósitos administrativos, y para evaluar la calidad de cuidado que usted recibe. Este aviso describe como información médica puede ser utilizada o revelada y como usted puede obtener acceso a esta como se requiere por la regulación de privacidad creada por el Acto de Portabilidad y Responsabilidad de Información Salud de 1996. Usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento. Para más información sobre este aviso o nuestras políticas, favor de contactar a

Dr. Francisco Moreno
23920 Katy Freeway, Suite 310, Katy TX 77494

Nuestro Compromiso Sobre su Privacidad

Se nos requiere por ley y por regulaciones proteger la privacidad de información. Se nos requiere proveerle este aviso de privacidad con respecto a la información de salud y atenernos por los términos legales de este aviso. En nuestra parte, esta práctica no limita a ningún individuo empleado por esta oficina a tener acceso a su archivo. Es esencial que accesos adecuados para su archivo sea autorizado para proveerle a usted con la calidad de cuidado apropiada.

Como Podemos Utilizar o Revelar Su información de Salud

Se nos permite utilizar y revelar su información médica a los involucrados con su tratamiento, Cuando nosotros proveemos tratamiento, podemos solicitar que su médico de cuidado primario comparta su información medica con nosotros. AL igual nosotros podemos proveerle información a su médico de cuidado primario su condición para que él/ella pueda tratar su condición médica, si alguna existe.

Pagos Se nos permite utilizar y revelar su información médica a cualquier tercer parte asegurador para coleccionar pagos por servicios a usted.

Operaciones de Salud. Se nos permite utilizar y revelar su información medica por propósitos de operaciones de salud, que son actividades que soporta esta práctica y garantiza cuidado de calidad. Por ejemplo, operaciones de salud puede ser definido como:

- Recordatorios para citas
- Operaciones de tratamiento
- Servicios o beneficios relacionados con su salud
- Revisos de medico a medico

KATY MEMORIAL PEDIATRICS

Francisco E. Moreno, MD

23920 Katy Freeway, Suite 310
KATY, TEXAS 77494

OFFICE # 281-392-8920
FAX # 281-392-6950

Acknowledgement of Review of Notice of Privacy Practices

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.

Signature of Patient or Personal Representative

Date

Printed Name of Patient or Personal Representative

Description of Personal Representative's Authority

KATY MEMORIAL PEDIATRICS

Francisco E. Moreno, MD

23920 Katy Freeway, Suite 310
KATY, TEXAS 77494

OFICINA # 281-392-8920
FAX # 281-392-6950

Reconocimiento del Revisión sobre el Aviso de Privacidad

Yo he revisado el aviso de privacidad, el cual explica' como mi información medica será utilizada y revelada.
Yo entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento.

Firma de Paciente o Representante Personal

Fecha

Nombre en letra imprenta del paciente o representante legal

Descripción de la autoridad de representante legal

KATY MEMORIAL PEDIATRICS

Francisco E. Moreno, MD

23920 Katy Freeway, Suite 310
KATY, TEXAS 77494

OFFICE # 281-392-8920
FAX # 281-392-6950

LEAD TOXICITY SCREENING

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Please answer the following questions to assess your child's risk status for lead poisoning.

Does your child:

Spend time in buildings built before 1960 with peeling or chipping paint, including day care centers, preschools, or the homes of babysitters or relatives?

YES/NO

Live in or regularly visit buildings built before 1960 with recent, ongoing, or planned renovation or remodeling?

YES/NO

Have a brother or sister, housemate, or playmate being followed up or treated for lead poisoning (blood level > 15 mcg/dl, microgram deciliter)?

YES/NO

Frequently come in contact with an adult whose job or hobby involves exposure to lead, such as construction, welding, pottery, or other trades?

YES/NO

Live near an active lead smelter, battery recycling plant, or other industry likely to release lead?

YES/NO

If the answer to any of these questions is YES, the child is considered to be at risk of excessive lead exposure and should be screened with a blood lead test.

Parent or Guardian Signature: _____

KATY MEMORIAL PEDIATRICS

Francisco E. Moreno, MD

23920 Katy Freeway, Suite 310
KATY, TEXAS 77494

OFFICE # 281-392-8920
FAX # 281-392-6950

EVALUACIÓN DE CONTAMINACIÓN POR PLOMO

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Las siguientes preguntas tienen la finalidad de determinar el riesgo en que se encuentra su niño/a de ser expuesto o contaminado por plomo.

Su niño / niña:

Pasan mucho tiempo en escuelas, viviendas o cualquier otro tipo de edificio en los cuales la pintura se está desprendiendo o cayendo y que hayan sido construidos antes de 1960?

SI / NO

Viven o visitan con frecuencia edificios construidos antes de 1960 y que estén actualmente o hayan tenido recientemente alguna remodelación?

SI / NO

Tiene algún hermano, hermana, amigo, vecino o pariente que haya sido contaminado por plomo y que tenga o haya tenido un nivel mayor de 15 mcg/dl (microgramos por decilitro)

SI / NO

Se encuentra frecuentemente en contacto con un adulto cuyo trabajo o actividad estén expuestos al plomo como construcciones, soldaduras, alfarería, etc.?

SI / NO

Vive cerca de una planta que derrame plomo o una planta reciclable de baterías o alguna otra industria o fabrica relacionada con el plomo?

SI / NO

Si la respuesta a cualquiera de estas preguntas es afirmativa, entonces su niño/a se considera que es o ha sido expuesto a un alto riesgo de contaminación por plomo y debe ser evaluado con una prueba de contaminación por plomo.

Firma del Padre o Tutor: _____

**TEXAS VACCINES FOR CHILDREN PROGRAM (TVFC)
PATIENT ELIGIBILITY SCREENING RECORD**

OFFICE USE ONLY TVPC ELIGIBLE YES ___ NO ___

Purpose: To determine eligibility and the source of funds for the Texas Department of Stats Health Services to be reimbursed for vaccines. A record must be kept in the office of the health-care provider that reflects the status of all children 18 years of age or younger who receive immunizations through the Texas Vaccines for Children Program. The record may be completed by the parent, guardian, or individual of record. This same record may be used for all! Subsequent visits as long as the child's eligibility status has not changed. While verification of responses is not required, it is necessary to retain this or a similar record for each child receiving vaccines.

Date of Screening: _____

Child's Name: _____
Last Name First Name . MI

Child's Date of Birth: _____
mm/dd/yy

Parent/Guardian/Individual of Record: _____

Last Name First Name MI

Provider's/Clinic's Name: _____

Please select one of the following categories (check the first category that applies, check only one) to determine if the child is TVFC eligible:

- (a) is enrolled in Medicaid, or
- (b) does not have health Insurance, or
- (c) is an American Indian, or
- (d) is an Alaskan Native, or
- (e) is a patient who receives benefits from the Children's Health Insurance Plan (CHIP), or
- (f) is under-insured (has health insurance that Does Not pay for vaccines, has a co-pay or deductible the family cannot meet, or has insurance that provides limited wellness or prevention coverage), or
- (g) is a patient who is served by any type of public health clinic and does not meet any of the above criteria (a-f), or
- (h) has private insurance, or is paying for services.

Signature: _____ Date: _____

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.state.tx.us> for more Information on Privacy Notification. (Reference: Government Code, Section 552.021, 552.023, 559.003 and 559.004)

**TEXAS VACCINES FOR CHILDREN PROGRAM (TVFC)
[PROGRAMA DE VACUNAS PARA LOS NIÑOS DE TEXAS]
ARCHIVO QUE DETERMINA LA ELEGIBILIDAD DEL PACIENTE**

**OFFICE USE
ONLY
TVPC ELIGIBLE
YES ___ NO ___**

Propósito: El determinar la elegibilidad y el origen da los fondos para rembolsar al *Texas Departamento of State Health Services* (Departamento Estatal de Servicio de Salud de Texas) para las vacunas. Un archive debe guardarse en la oficina del proveedor de atención médica, si cual refleja el estatus de todos los niños de 18 años de edad o menores quienes reciben inmunizaciones a 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 verificaci6n de las respuestas no es requerida, es necesario retener este o un archivo similar, para cada niño que reciba vacunas

Fecha de determinaci6n: _____

Nombre del ni6o:

Last Name

First Name

MI

Fecha de Nacimiento del ni6o: _____

mm/dd/aa

Padre/Madre/Guardi6n legal/ individuo del registro:

Last Name

First Name

MI

Nombre del proveedor / Nombre de la cl6nica: _____

S6rvase seleccionar una de las categor6as siguientes (marque la primera categor6a que se aplica; marque solamente una) para determinar si el ni6o cumple los requisitos vacunas del TVFC:

- (a) est6 inscrito en Medicaid, o
- (b) no tiene segura m6dico, 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 m6dico para ni6os, *CHIP*, por sus siglas en ingles), o
- (f) no tiene seguro m6dico suficiente (tiene segura m6dico que NO paga por las vacunas; tiene un copago o un deducible que la familia no puede pagan o tiene un seguro que proporciona una cobertura limitada para el bienestar la prevenci6n), o
- (g) es un paciente que recibe servicios de cualquier cl6nica de salud publica y no re6ne ninguno de los criterios indicados anteriormente (a-f), o
- (h) tiene seguro privado o est6 pagando por servicios

Firma: _____ Fecha: _____

Con pocas excepciones, usted tiene el derecho a pedir y estar informado(a) sobre la informaci6n que el estado de Texas re6ne sobre usted. Usted tiene el a recibir y examinar la informaci6n al pedirla. Usted tambi6n tiene el derecho a pedir a la agenda estatal qua corrija cualquier informaci6n que sea ser incorrecta. Vaya a <http://www.dshs.state.tx.us> para m6s informaci6n acerca de la notificaci6n sobre la Privacidad (Referencia: "552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

