

## 'Specially for Children Clinical Genetics

6811 Austin Center Blvd. Ste. 400 Austin, Texas 78731

[www.speciallyforchildren.com](http://www.speciallyforchildren.com)

512-628-1840 (phone) 512-628-1841 (fax)

\_\_\_\_\_ tiene una cita con LaDonna Immken, M.D. el  
\_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ a.m./p.m.

Bienvenido a 'Specially for Children Clinical Genetics. Esperamos que encuentre la información siguiente útil en facilitar su visita. Los niños y adultos son referidos para evaluaciones genéticas por muchas razones incluyendo: retraso de desarrollo, problemas de aprendizaje, defectos de nacimiento, y condiciones o síndromes de antecedentes familiares. La meta de la evaluación genética es para identificar la causa del desorden en pregunta, si es hereditario o no, e iniciar regímenes apropiados del diagnóstico y/o de tratamiento. La primera evaluación genética dura típicamente 1 hora e incluye el repaso de información medica del niño y los antecedentes familiares (30-45 minutos), un examen físico y una fotografía médica (con su permiso). De acuerdo con la evaluación de su niño, la Dra. Immken puede recomendar estudios de laboratorio, estudios de radiología y/o evaluaciones de otros especialistas médicos adicionales. Además, la Dra. Immken puede recomendar citas genéticas adicionales. Nuestro personal le asistirá en el arreglo de estas recomendaciones.

### ***Por favor, asegúrese de traer la siguiente información a su cita:***

- 1.) Una tarjeta válida de seguro y permiso de conducir.
- 2.) La autorización proveída por el médico familiar de su hijo(a).
- 3.) La co-paga: deductibles de Co-Pagas y coaseguro se colectará en el punto del servicio.  
Por favor tenga su prepara/arreglos de pago hechos, o su cita necesitará ser cambiada por una fecha posterior.
- 4.) Este listo de darnos información de la historia de la familia. (ej abuelos, tios, primos, etc.)
- 5.) Traiga fotos de la familia y cualquier otro familiar que se aparezca al paciente.
- 6.) Por favor complete todo el paquete y tráigalo a su cita.

**\*\* PUESTO QUE NO SABEMOS LOS DETALLES DE TODAS Y CADA UNA DE LAS PÓLIZAS DE SU SEGURO, TENEMOS QUE VERIFICAR QUE LA COBERTURA DEL MISMO. ASEGÚRESE DE FAMILIARIZARSE CON LOS SERVICIOS Y PROCEDIMIENTOS QUE CUBRE Y QUE NO CUBRE SU SEGURO MÉDICO.**

Por favor, llegue con suficiente tiempo para que encuentre estacionamiento. Usted puede estacioner gratis en el estacionamiento par visitas. Por favor llegue 15 minutos antes para encontrar estacionamiento y registrarse en nuestra recepción centralizada para completar cualquier papeleo que se necesite. Para el provecho de todos los pacientes, nuestros médicos consideran que es importante seguir las citas a la hora programada. Por favor, tenga en cuenta que si llega tarde a su cita, se le podría pedir que haga otra para después. Si debe cancelar su cita, por favor de llamarnos un día antes o podría cobrársele a Ud. \$25 "Por no presentarse". Por favor, revise nuestra política de "No presentarse", la cual se adjunta aquí.

Esperamos la visita con usted y le agradecemos su cooperación. Si tiene cualquiera pregunta al respecto a su cita de su niño, por favor llamenos al 512-628-1840.

Gracias,

***'Specially for Children Clinical Genetics Staff***

# Antecedentes médicos

Clínica de Genética  
'Specially for Children'

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

N° de SFC#: \_\_\_\_\_

Fecha de la cita: \_\_\_\_\_

Paciente nuevo \_\_\_\_ Seguimiento \_\_\_\_ (marque uno)

Motivo de la cita de hoy: \_\_\_\_\_

¿Otras preguntas/preocupaciones específicas que tenga para la cita de hoy? \_\_\_\_\_

Médico primario: \_\_\_\_\_

Especialistas:  Sin cambio

Nombre del médico	Especialidad	Motivo por el cual el paciente ve a este médico

Terapia	Proveedor	Metas de la terapia

Medicamentos actuales: \_\_\_\_\_

Alergias (comida/medicamentos/medio ambiente): \_\_\_\_\_

Hospitalizaciones/cirugías desde la cita anterior (fecha/motivo/duración): \_\_\_\_\_

# Antecedentes de paciente nuevo

Clínica de Genética  
'Specially for Children

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

N° de SFC#: \_\_\_\_\_

Fecha de la cita: \_\_\_\_\_

---

## Antecedentes del parto

¿Gozaba de buena salud la mamá antes de la concepción? Si es no, explique \_\_\_\_\_

¿El embarazo se concibió naturalmente? Si es no, explique (ej.: Clomid/fecundación *in vitro*/inseminación intrauterina/transferencia intratubárica de gametos/otro): \_\_\_\_\_

¿Alguna complicación durante el embarazo? Si es sí, explique (ej.: sangrado/diabetes/ alta presión/ gemelos/reposo/hospitalizaciones/enfermedades/medicamentos/otro): \_\_\_\_\_

¿Se le hizo algún examen prenatal? Si es sí, explique (ej.: detección prenatal del síndrome de Down/espina bífida/ultrasonido/amniocentesis/muestreo de vellosidades coriónicas/diagnóstico genético de preimplantación/otro) \_\_\_\_\_

¿Hubo alguna preocupación sobre el movimiento o crecimiento del feto? Si es sí, explique: \_\_\_\_\_

¿El paciente nació de término? Si no fue así, explique. \_\_\_\_\_

¿Fue parto normal? Si no fue así, explique (ej.: cesárea/parto de nalgas/fórceps/ventosa) \_\_\_\_\_

Peso del paciente al nacer: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Circunferencia de la cabeza: \_\_\_\_\_

¿Tuvo complicaciones el bebé? Si es sí, explique (anomalías congénitas/ictericia/alimentación): \_\_\_\_\_

---

## Antecedentes del desarrollo

Edad a la que empezó a: sentarse \_\_\_\_\_ gatear \_\_\_\_\_ caminar \_\_\_\_\_

decir palabras simples \_\_\_\_\_ decir oraciones \_\_\_\_\_ ir al baño solo \_\_\_\_\_

Edad a la que empezó la escuela: \_\_\_\_\_

Grado actual: \_\_\_\_\_ Clases regulares o programas especiales (encierre uno en un círculo)

## Antecedentes familiares

¿Alguien más en la familia con problemas como los del paciente? **S o N** ¿Anomalías congénitas? **S o N**

¿Problemas de aprendizaje/escuela/retraso mental? **S o N** ¿Enfermedades o estados mentales que

afectan a múltiples miembros de la familia? **S o N** ¿Cáncer o enfermedades comunes (diabetes,

enfermedades cardíacas) que afectan a múltiples miembros de la familia? **S o N**

Si el paciente se parece o actúa como alguien de la familia, ¿nos puede decir a quién?

\*\* Favor de traer fotografías de los padres, hermanos o miembros de la familia que piensa que se parecen al paciente\*\*

# Revisión de los sistemas

Clínica de Genética  
'Specially for Children

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Nº de SFC:

Fecha de la cita:

Para los pacientes nuevos, marque si alguna vez tuvo algún problema.

Para los pacientes de seguimiento, marque si el paciente ha tenido alguno de los siguientes síntomas desde la última cita. (N/A = no aplica debido a la edad del paciente)

	Sí	No	N/A		Sí	No	N/A
cambios poco comunes de peso				dolores de cabeza/migrañas			
fatiga/cansancio				aneurisma /apoplejía (embolia)			
anemia				adormecimiento/hormigueo			
sangrado/transfusiones de sangre				convulsiones/ausencias/epilepsia			
le salen moretones fácilmente				temblores/tics nerviosos			
infecciones recurrentes				pérdida del equilibrio/coordinación			
glándulas/ganglios linfáticos hinchados				problemas para dormir			
				espasticidad/rigidez			
problemas de los ojos/usa lentes				debilidad/bajo tono muscular			
audición deficiente/sordera							
infecciones de oídos				dolor muscular/calambres/espasmos			
problemas dentales				dolor/hinchazón de articulaciones			
problemas del habla				fracturas o dislocaciones			
ronca				laxitud/hipermovilidad articular			
				huesos frágiles/débiles			
deja de respirar/respiración rápida							
se pone de color azul o gris				cicatrices/queloides poco comunes			
tiene un soplo en el corazón				sarpullido/comezón/se rasca las costras			
se cansa fácilmente al comer/ hacer ejercicio				problemas de cabello (calvicie/cabello rebelde)			
latidos rápido del corazón/palpitaciones				manchas/nevos de nacimiento			
sibilancia/pillido/tos al respirar				estrías			
				varices			
problemas para deglutir				cambios del color de piel (pigmento)			
se ahoga/se atraganta al comer							
vómito/reflujo				retraso de desarrollo o aprendizaje			
diarrea				problemas de comportamiento en la escuela/casa			
dolor de estomago/ gases en aumento				problemas para enfocarse/de atención			
estreñimiento				aggressive behavior			
cambio en apetito/alimentación/sed				se hace daño a sí mismo			
				problemas de comportamiento poco comunes			
accidentes de escremento				enfermedad mental/bipolar			
se orina en la cama/en el día				ansiedad/fobias			
problemas de orina/riñones							
anormalidades genitales				tiene las vacunas al corriente			
menstruaciones anormales				Cambios de antecedentes familiares o circunstancias desde la última cita			
problemas hormonales							
problemas de crecimiento							

Reviewed with patient/family by MD: Yes \_\_\_  
No \_\_\_

Physician's  
Signature: \_\_\_\_\_



**'Specially for Children**  
**Aviso sobre las prácticas de privacidad**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ÉSTA. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE**

Entérese cómo se maneja su expediente o información médica. Este aviso describe cómo es el manejo de 'Specially for Children (SFC) y de sus doctores con respecto a la información médica protegida que se crea mientras usted es paciente de SFC. Los doctores de SFC y el personal autorizado para tener acceso a su expediente están sujetos a este aviso. Además, los doctores de SFC pueden compartir información médica entre ellos para tratamiento, pago o funcionamiento del cuidado de salud como se describe en este aviso.

Hacemos un expediente del cuidado y los servicios que usted recibe en SFC. Entendemos que su información médica y su salud son privadas. Estamos comprometidos a proteger su información médica. Este aviso se aplica a todo expediente sobre su cuidado en SFC.

Este aviso le dirá cómo podemos utilizar y divulgar su información médica. También describimos sus derechos y ciertas obligaciones que existen con respecto a la utilización y divulgación de información médica.

#### Sus derechos sobre la información médica

Aunque su expediente de salud es propiedad física de SFC, la información le pertenece a usted y tiene derecho:

- A examinar y solicitar una copia de su expediente médico como lo estipula la ley.
- A solicitar que su información médica sea transferida a través de otros medios posibles o a otros lugares. Nos ajustaremos a las peticiones razonables.
- A solicitar una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones de su información para tratamiento, pago, funcionamiento del cuidado de salud, y sobre las divulgaciones permitidas a personas, incluyendo a miembros de la familia involucrados en su cuidado y según lo estipulado por la ley. Sin embargo, la ley no requiere que nosotros estemos de acuerdo con la restricción solicitada.
- A solicitar que nosotros modifiquemos su expediente médico según lo estipule la ley. Le notificaremos si no podemos modificar su expediente médico según lo solicitó.
- A obtener una relación de la cantidad de ciertas divulgaciones de su información médica según lo estipule la ley.
- A obtener una copia impresa de este "aviso sobre la forma en que se maneja la información", solicitándolo al Encargado de Asuntos Privados de SFC que se localiza en 1301 Barbara Jordan Blvd., Suite 200, Austin, Texas 78723. También se puede obtener una copia de este aviso en la página de internet de SFC en [www.speciallyforchildren.com](http://www.speciallyforchildren.com)

Usted puede hacer valer sus derechos enunciados en este aviso entregando una petición por escrito al gerente de integridad e ingresos de 'Specially For Children 1301 Barbara Jordan Blvd., Suite 200, Austin, Texas 78723. También puede enviar la solicitud por escrito vía E-mail a:

[ComplianceCommittee@sfc.austin.com](mailto:ComplianceCommittee@sfc.austin.com)

#### Nuestras Responsabilidades.

Además de las responsabilidades enunciadas anteriormente, también se requiere que nosotros:

- Mantengamos la privacidad su información médica.
- Le proporcionemos un aviso sobre nuestros deberes legales y las prácticas de privacidad con respecto a su expediente que tenemos.
- Acatemos los términos de este aviso.
- Le notifiquemos si no podemos estar de acuerdo con la restricción solicitada acerca de ciertos usos y divulgaciones.
- Nos reservamos el derecho a cambiar nuestras prácticas y a hacer vigentes las nuevas disposiciones para toda la información médica protegida que mantenemos, incluyendo información creada o recibida antes del cambio. Si cambia la forma en que manejamos la información, no estamos obligados a notificarle a usted, pero tendremos el aviso modificado disponible para que usted lo solicite en SFC y en la página de internet de SFC en [www.speciallyforchildren.com](http://www.speciallyforchildren.com)

- No utilizaremos o divulgaremos su información médica sin antes obtener de usted una autorización por escrito, a excepción de lo descrito en este aviso o según lo permita la ley.

Ejemplos de divulgaciones de información médica para tratamiento, pago y funcionamiento de los servicios médicos y alguna otra forma según lo permita la ley.

Las siguientes categorías describen las diferentes formas en que utilizamos y divulgamos la información médica. Para cada categoría de uso y divulgación, explicaremos lo que queremos decir y trataremos de dar algunos ejemplos. No todo uso o divulgación se anotará en la lista de cada categoría. Sin embargo, todas las formas que se nos permitan en el uso y divulgación de información deben pertenecer a una de las categorías.

#### Tratamiento

Por ejemplo: Podemos divulgar información médica de usted a los doctores, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina o al personal involucrado en su cuidado médico en SFC. Podemos compartir su información médica para coordinar diferentes tratamientos, tales como recetas, exámenes de laboratorio y radiografías. También podemos proporcionarle a su médico o a un futuro proveedor de cuidados médicos información acerca de su condición física en particular, para que pueda darle el tratamiento adecuado a otros padecimientos que tenga si es que tiene alguno.

#### Pago

Por ejemplo: Se nos permite utilizar y divulgar su información médica para enviar la cuenta y cobrar el pago de los servicios que se le proporcionaron a usted. La información en o adjunta a la cuenta incluirá información médica que lo identifica a usted, una descripción de los servicios médicos que se le proporcionaron, su diagnóstico y otra información que necesita su asegurador o HMO para aprobar el pago que nos hace.

#### Funcionamiento del cuidado de salud

Por ejemplo: Se nos permite utilizar y divulgar la información de su expediente médico con el propósito de utilizarla en el funcionamiento del cuidado de salud, que es una actividad que apoya esta realización y valora el cuidado y el resultado en su caso y en otros como este. Posteriormente, esta información se utilizará en un esfuerzo por continuar el mejoramiento en la calidad y efectividad del cuidado de salud y los servicios que proveemos.

Su información médica también se utilizará según lo permita la ley. Los siguientes son ejemplos de cómo podemos utilizar y divulgar su información médica.

**Colaboradores:** En nuestra organización existen algunos servicios que se proporcionan a través de contactos con colaboradores. Algunos ejemplos incluyen ciertos exámenes de laboratorio, servicios de operadora telefónica, servicios de transcripción y servicio de fotocopias. Sin embargo, para proteger su información médica, requerimos que nuestros colaboradores tomen las medidas necesarias para salvaguardarla.

**Notificación:** Podemos utilizar o divulgar información para notificar o ayudar en la notificación de su localización y estado general en que usted se encuentra a un miembro de la familia, a su representante o a otra persona responsable de su cuidado.

**Investigaciones:** Podemos divulgar información a los investigadores una vez que el estudio haya sido aprobado por una Junta Institucional de Revisiones (Institutional Review Board) que haya revisado la propuesta de la investigación, y haya establecido los protocolos para asegurar la privacidad de su información médica.

**Gerentes de funerarias:** Podemos divulgar información médica a los gerentes de funerarias para que lleven a cabo sus labores conforme a la ley aplicable.

**Organizaciones de obtención de órganos:** Conforme a la ley aplicable, podemos divulgar información médica a las organizaciones de obtención de órganos o a otras entidades involucradas en la obtención, almacenamiento y trasplante de órganos con el propósito de que se realicen donaciones de tejidos y trasplantes de órganos.

**Comunicación para el tratamiento y funcionamiento del cuidado de salud:** Podemos comunicarnos con usted por

teléfono o correo para recordarle sobre las citas o información acerca de las alternativas de tratamiento u otros beneficios de salud y servicios que pueden ser de interés para usted.

**Mercadotecnia:** Podemos ponernos en contacto con usted para recordarle sobre las citas o proporcionarle información sobre las alternativas de tratamiento u otros beneficios de salud, bienes y servicios proporcionados por SFC que pueden ser de interés para usted.

**Recaudación de fondos:** Podemos ponernos en contacto con usted como parte de una iniciativa para recaudar fondos.

**Administración Federal de Fármacos y Alimentos (FDA por sus siglas en inglés):** Podemos divulgar información médica a FDA en relación con los efectos secundarios en lo que respecta a alimentos, medicamentos, dispositivos, suplementos, productos y defectos del producto, o información de vigilancia posmercado que permita el retiro, la reparación o reemplazo del producto.

**Compensación al trabajador:** Podemos divulgar información médica en la medida que se autorice y hasta donde sea necesario para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación al trabajador u otros programas similares según lo establezca la ley.

**Salubridad pública:** Según como la ley requiera, podemos divulgar su información médica a la Secretaría de Salubridad Pública o a las autoridades legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.

**Abuso, negligencia o violencia intrafamiliar:** Según se requiera por ley, podemos divulgar información médica a una autoridad gubernamental autorizada por la ley para recibir reportes de abuso, negligencia y violencia intrafamiliar.

**Fines judiciales, administrativos y policíacos:** Conforme a la ley aplicable, podemos divulgar su información médica con fines judiciales, administrativos y policíacos. Esto puede incluir divulgaciones para prevenir una amenaza seria contra usted o contra la salud o seguridad de terceras personas, así como contra las víctimas de delito o de conducta delictiva en la entidad cubierta.

**Actividades militares, de seguridad nacional e inteligencia, protección al presidente:** Podemos divulgar información médica de usted para propósitos gubernamentales especializados, tales como separación o destitución del servicio militar, actividades autorizadas de inteligencia y seguridad nacional, así como actividades autorizadas para proporcionar servicios de protección al Presidente de los Estados Unidos, a otros funcionarios gubernamentales o jefes de estado de otros países.

Según lo requerido o permitido por la ley: Divulgaremos información médica de usted cuando se requiera o se permita bajo la ley local, estatal o federal.

#### Otros usos de su información médica:

Solamente con su autorización por escrito se realizarán otros usos y otras divulgaciones de información médica que no cubre este aviso o las leyes que se aplican. Si nos da su autorización para utilizar o divulgar su información médica, usted puede cancelar por escrito esa autorización en cualquier momento. Si usted cancela la autorización que nos dio, nosotros ya no usaremos o divulgaremos información médica suya, debido a las razones que se cubren en su autorización por escrito. No podemos dar marcha atrás a cualquier divulgación que ya hayamos hecho con su autorización.

#### Para mayor información o para reportar algún problema:

Si tiene alguna pregunta con respecto a su derecho a la privacidad de información, y le gustaría obtener información adicional, puede llamar al gerente de integridad e ingresos de 'Specially For Children al 512-628-1933.

Si usted cree que su derecho a la privacidad de información ha sido violado, puede presentar una queja por escrito al gerente de integridad e ingresos de 'Specially For Children, en 1301 Barbara Jordan Blvd., Suite 200, Austin, Texas 78723 o en [ComplianceCommittee@sfc.austin.com](mailto:ComplianceCommittee@sfc.austin.com). También puede presentar una queja por escrito con el Secretario de Salubridad y Servicios Humanos. No habrá ninguna represalia en su contra por presentar la queja.





**'Specially For Children**  
**Autorización para la divulgación de información de la salud**

Por medio de la presente, autorizo a 'Specially For Children a divulgar información identificable e individual sobre mi salud como se describe abajo, que podría incluir datos concernientes a enfermedades transmisibles como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA por sus siglas), enfermedades mentales (con excepción de notas de psicoterapia), dependencia a químicos o alcohol, resultados de exámenes de laboratorio, historial clínico, tratamiento o cualquier otra información relacionada. Entiendo que esta autorización es voluntaria y puedo rehusar firmarla. Además comprendo que mi cuidado de salud y cobros por dicho cuidado no serán afectados si no firmo el permiso.

Comprendo que si el destinatario autorizado de esta información no es un plan de salud o proveedor de cuidado de salud, la información divulgada puede ya no estar protegida por las regulaciones de privacidad federales y estatales.

---

Escriba el nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de seguro social
--------------------------------	---------------------	-------------------------

---

Fecha(s) del servicio en que se solicitan los expedientes (sea específico)	Nombre del médico a quien se se le están solicitando los documentos
--	---

Descripción de información de salud que se está dando a conocer:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Expediente médico completo | <input type="checkbox"/> Anamnesis y examen físico | <input type="checkbox"/> Anotaciones sobre el progreso |
| <input type="checkbox"/> Interconsulta              | <input type="checkbox"/> Reporte operatorio        | <input type="checkbox"/> Reporte patológico            |
| <input type="checkbox"/> Reporte de laboratorio     | <input type="checkbox"/> Reporte radiográfico      | <input type="checkbox"/> Electrocardiograma            |
| <input type="checkbox"/> Expediente de emergencias  | <input type="checkbox"/> Notas clínicas            | <input type="checkbox"/> Otros: (especifique) _____    |

Propósito de la divulgación:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Abogado/legal              | <input type="checkbox"/> Cuidado continuo del paciente |
| <input type="checkbox"/> Seguro comercial           | <input type="checkbox"/> Uso personal                  |
| <input type="checkbox"/> Otros: (especifique) _____ |  |

**Dispense la información de salud (mencionada arriba) al siguiente médico/persona/instalaciones/entidad:**

**Dr. LaDonna Immken**  
**'Specially for Children Clinical Genetics**  
**6811 Austin Center Blvd. Ste. 400 Austin, Texas 78731**  
[www.speciallyforchildren.com](http://www.speciallyforchildren.com)  
**512-628-1840 (phone) 512-628-1841 (fax)**

Comprendo que esta autorización caducará al año a partir de la fecha en que se firma. \_\_\_\_\_  
Iniciales/fecha

Entiendo que puedo revocar esta autorización al solicitar una revocación de autorización por escrito que puede obtenerse llamando o escribiendo al número telefónico o dirección enlistados en la parte inferior de esta página. También comprendo que la revocación por escrito debe ser firmada y con fecha posterior a la que se ha puesto en la autorización. La revocación no afectará ninguna acción tomada antes de recibir la revocación por escrito.

Comprendo que 'Specially for Children proveerá esta información a 15 días del recibo de la solicitud y que se puede cobrar una cuota para preparar y facilitar esta información de acuerdo a las reglas establecidas por el Consejo de Examinadores Médicos del Estado de Texas (Texas State Board of Medical Examiners).

**Firma para la autorización:**

_____ Nombre del paciente o representante del paciente	_____ Firma del paciente o representante del paciente
---	--

_____ Parentesco con el paciente	_____ O tutor legal (adjunte documentación pertinente)
-------------------------------------	---



CHILDREN'S HOSPITAL  
SUB-SPECIALISTS  
OF CENTRAL TEXAS

# Fotografía médica

## Permiso para su divulgación

Por medio de la presente, autorizo a la Dra. LaDonna Immken a que saque fotografías médicas de mi hijo y/o de mí. Entiendo que las fotografías digitales que saque la Dra. Immken o su personal se guardarán en el expediente médico de mi hijo de 'Specially for Children. Sólo el personal de 'Specilly for Children tendrá acceso a las fotografías médicas. Se usarán únicamente para el cuidado médico continuo o con propósitos didácticos. Las fotografías de mi hijo no se divulgarán o publicarán sin mi permiso por escrito.

- Autorizo a la Dra. LaDonna Immken a que saque fotografías médicas de mi hijo / de mí.
- NO autorizo a la Dra. LaDonna Immken a que saque fotografías médicas de mi hijo / de mí.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

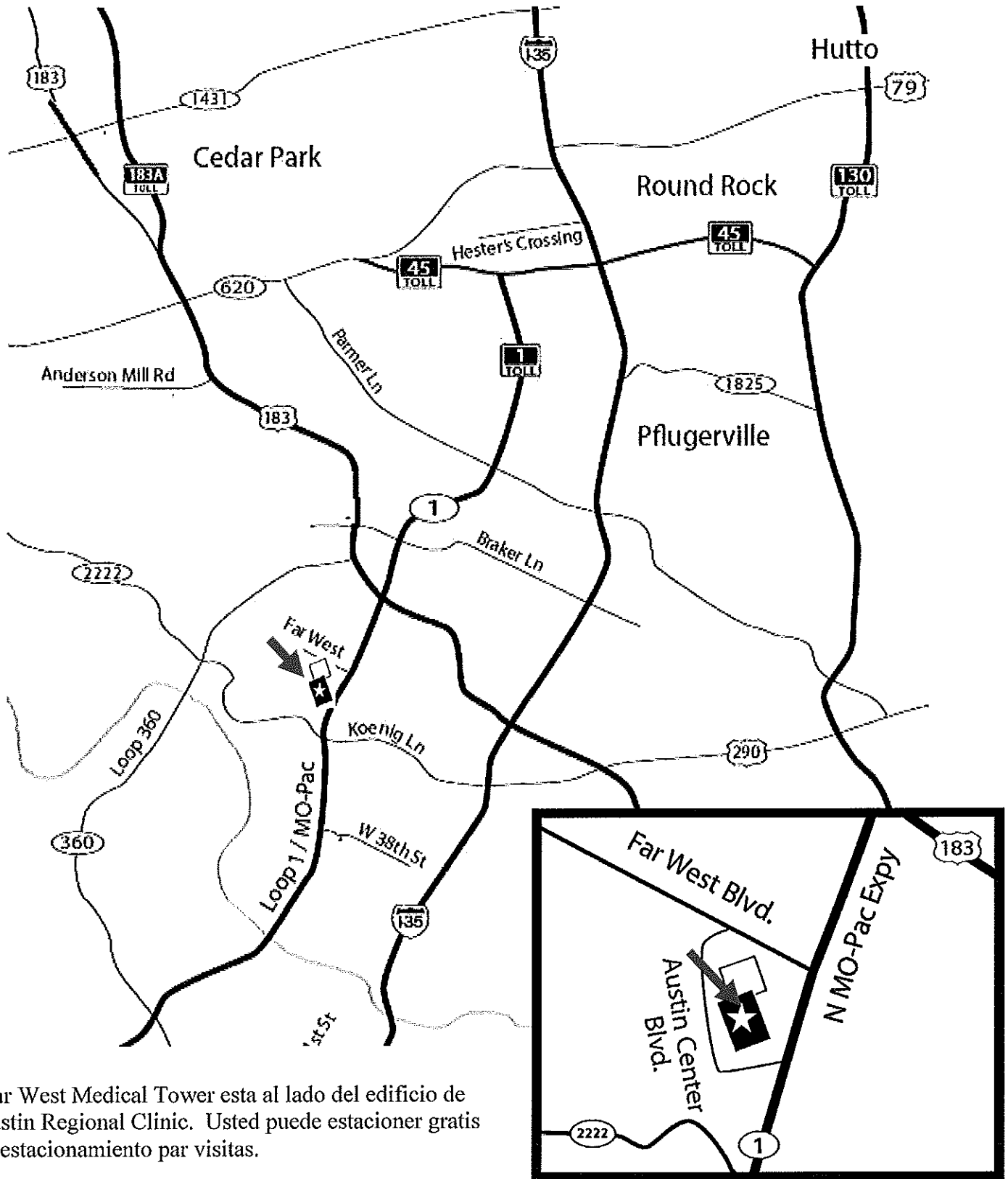
\_\_\_\_\_  
Nombre con letra de molde del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha



*'Specially for Children Clinical Genetics  
Far West Medical Tower Building  
6811 Austin Center Blvd. Ste 400  
Austin, Texas 78731  
512-628-1840 phone 512-628-1841 fax  
[www.speciallyforchildren.com](http://www.speciallyforchildren.com)*



La Far West Medical Tower esta al lado del edificio de la Austin Regional Clinic. Usted puede estacioner gratis en el estacionamiento par visitas.