



Oak Cliff Children's Clinic, P.A.

Heena Kanase, D.O.

2736 West Illinois Ave
 Dallas, TX 75233-1004
 Phone: 214-467-7377
 Fax: 214-467-7384

Patient's Full Name / <i>Nombre Completo del Paciente</i>		<input type="checkbox"/> Male / <i>Masculino</i> <input type="checkbox"/> Female / <i>Femenino</i>	Birth Date / <i>Fecha de Nacimiento</i>	Age / <i>Edad</i>
Permanent Address / <i>Dirección Permanente</i>			Patient's Social Security Number / <i>Seguro Social del Paciente</i>	
City / <i>Ciudad</i>	State / <i>Estado</i>	Zip / <i>Código Postal</i>	Email / <i>Correo Electrónico</i>	
Mobile Phone / <i>Teléfono Móvil</i>		Emergency Phone / <i>Teléfono de Emergencia</i>		

Responsible Party / <i>Persona Responsable de Paciente</i>	Relationship to Patient / <i>Relación Al Paciente</i>
------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------

Father's Full Name / <i>Nombre Completo del Padre</i>	Father's Birth Date / <i>Fecha del Padre</i>	Father's Social Security Number / <i>Seguro Social del Padre</i>	
Father's Employer / <i>Empleador del Padre</i>	Father's Employer Address / <i>Dirección del Empleador del Padre</i>		
City / <i>Ciudad</i>	State / <i>Estado</i>	Zip / <i>Código</i>	Phone / <i>Numero de Teléfono del Padre</i>

Mother's Full Name / <i>Nombre de la Madre</i>	Mother's Birth Date / <i>Fecha de la Madre</i>	Mother's Social Security Number / <i>Seguro Social de la Madre</i>	
Mother's Employer / <i>Empleador de la Madre</i>	Mother's Employer Address / <i>Dirección del Empleador de la Madre</i>		
City / <i>Ciudad</i>	State / <i>Estado</i>	Zip / <i>Código</i>	Phone / <i>Teléfono de la Madre</i>

Emergency Contact Full Name / <i>Nombre Completo del Contacto de Emergencia</i>	Relation / <i>Relación</i>	Phone / <i>Teléfono</i>
---------------------------------------------------------------------------------	----------------------------	-------------------------

Referred By / <i>Referido por</i>

I, _____, HEREBY AUTHORIZE PAYMENT TO OAK CLIFF CHILDREN'S CLINIC, P.A. OF BENEFITS DUE TO ME FROM MY INSURANCE COMPANY OTHERWISE PAYABLE TO ME. *POR LA PRESENTE AUTORIZA EL PAGO A LA CLÍNICA DE LOS HIJOS DE OAK CLIFF, P.A. DE BENEFICIOS QUE SE DEBEN A MI EMPRESA DE SEGURO DE OTRA MANERA PAGABLE A MI.*

I AUTHORIZE THE RELEASE OF ANY MEDICAL INFORMATION REQUIRED BY MY INSURANCE CARRIER(S). A COPY OF THIS AUTHORIZATION MAY BE USED IN LIEU OF THE ORIGINAL. I AUTHORIZE ANY HOLDER OF MEDICAL OR OTHER INFORMATION ABOUT ME, TO RELEASE SUCH INFORMATION TO ANY PUBLIC AGENCY WHICH MAY ASSIST IN THE PAYMENT FOR MY CARE. *AUTORIZO LA RENUNCIA De CUALQUIER INFORMACIÓN MEDICA REQUERIDA POR MI(S) SEGURO(S). UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN PUEDE SER UTILIZADA EN LIEU DEL ORIGINAL. AUTORIZO A CUALQUIER TITULAR DE INFORMACIÓN MEDICA U OTRA INFORMACIÓN SOBRE MI, PARA LIBERAR DICHA INFORMACIÓN A CUALQUIER AGENCIA PUBLICA QUE PUEDA ASISTIR EN EL PAGO PARA MI CUIDADO.*

I UNDERSTAND THAT I AM FINANCIALLY RESPONSIBLE FOR CHARGES NOT COVERED BY THIS AUTHORIZATION. *ENTIENDO QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DE CARGOS NO CUBIERTOS POR ESTA AUTORIZACIÓN.*

I AUTHORIZE HEENA KANASE, D.O. AND HER STAFF TO TREAT MY CHILD. *AUTORIZO HEENA KANASE, D.O. Y SU PERSONAL PARA TRATAR A MI HIJO.*

HIPAA NOTICE: I HAVE REVIEWED OAK CLIFF CHILDREN'S CLINIC'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 NOTICE IF REQUESTED. *HE REVISADO EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA OAK CLIFF CHILDREN'S CLINIC, EL CUAL EXPLICA EL USO QUE SE LE DARÁ A MI INFORMACIÓN MÉDICA Y LAS FORMAS EN QUE ESTÁ SE REVELARÁ. ENTIENDO QUE TENGO DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTE AVISO AL SOLICITARLA. [INITIALS / INICIALES: _____]*

AUTHORIZED SIGNATURE / *FIRMA AUTORIZADA:* _____ DATE / *FECHA:* _____

PRINTED NAME / *NOMBRE IMPRESO:* _____ RELATIONSHIP TO PATIENT / *RELACIÓN AL PACIENTE:* _____