



Chart # _____

Smyrna Pediatrics, PLLC

Negativa a Vacunar

Efectiva Primero de Enero 2018, ya no aceptamos a las familias que eligen no vacunar. Si rechaza las vacunas para cualquier niño(s) de su familia, regrese a la recepción para determinar los próximos pasos por favor.

Información Del Paciente:

Nombre del Paciente: _____ Genero: Femenina Masculino
Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____ Número de Teléfono: _____
Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____
Correo Electrónico del Padre/Madre: _____ (Esta Información solo va hacer usada por Smyrna Pediatrics)

Cómo se enteró acerca de nosotros? _____

Primer Idioma: _____ **Segundo Idioma:** _____

La Etnicidad: Hispano/Latino(a) No Hispano/Latino(a) **Raza:** Indio Americano(a) Asiático(a) Afroamericano(a)
 Hawaiano Caucásico(a) **Otra Raza:** _____

Información Del Seguro Medico Primario Por favor circule la **COBERTURA PRIMARIA** y permitanos hacer copias de toda la informacion de su aseguranza.

Seguro Comercial/Por medio del Empleador (BCBS, Cigna, Aetna, UHC, etc) Otro: _____
Nombre del Asegurado: _____ ID# _____
Fecha de Nacimiento: _____ SSN: _____ Relación al paciente: _____
 TNCare – Tipo: Bluecare UHC Community Plan Amerigroup TNCare Select
Numero de Poliza: _____ PCP en el archivo (uso de oficina solamente): _____
 Sin Seguro Medico (Se espera el pago en el momento en que se prestan los servicios)
NO ACEPTAMOS CHEQUES! SOLAMENTE TARJETA DE CREDITO/DEBITO OR DINERO EN EFECTIVO!

Información Del Seguro Medico Secundario Por favor circule una para **COBERTURA SECUNDARIA**

Seguro Comercial/Por medio del Empleador (BCBS Cigna Aetna UHC etc) Otro: _____
Nombre del Asegurado: _____ ID# _____
Fecha de Nacimiento: _____ SSN: _____ Relación al paciente: _____
 TNCare – Tipo: Bluecare UHC Community Plan Amerigroup TNCare Select
Numero de Poliza: _____ PCP en el archivo (uso de oficina solamente): _____

Información del Padre / Tutor

**Ambos padres biológicos tienen el derecho a la información acerca de un hijo biológico a menos que legalmente está documentado lo contrario. Si esta documentación existe, por favor, nos permiten hacer una copia para nuestros archivos.

Nombre de la Madre/Tutor: _____ **Numero de Teléfono:** (____) ____ - _____
Relación al paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Nombre de la Padre/Tutor: _____ **Numero de Teléfono:** (____) ____ - _____
Relación al paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Contacto de Emergencia

En caso de que no podemos contactarlo a los números enlistados, en liste a alguien que no vive con usted que podemos contactar?

Nombre: _____ **Relación al Paciente:** _____ **Número de Teléfono:** _____

Esta firma autoriza Smyrna Pediatría, PLLC tratar a su hijo, presentar reclamaciones de seguros adecuados, y debe tener en cuenta que se hace referencia a una agencia de colección exterior, usted será responsable por cualquier costo de la toma.

X Firma _____ Fecha _____



Autorización de Contacto y Historial Social /Familiar

CONTACTO:

Si en cualquier momento, proporcionar un número de teléfono móvil o mi dirección de correo electrónico en el cual pueda ser contactado, doy mi consentimiento para recibir llamadas o mensajes de texto,, incluyendo pero no limitado a las comunicaciones con respecto a la facturación y pago por artículos y servicios, a menos que notifique la Oficina/entidad lo contrario por escrito. En esta sección, llamadas y mensajes de texto incluyen pero no limitados a mensajes pregrabados, mensajes de voz artificial, dispositivos de marcación telefónica automática u otra tecnología asistida por ordenador o por correo electrónico, texto mensajería o por cualquier otro medio de comunicación electrónica de la oficina, afiliados, contratistas, administradores, proveedores clínicos, abogados de o sus agentes incluyendo agencias de cobro.

X Firma: _____ Fecha: _____

Por favor marque el método que prefiere ser contactado para la siguiente información. Por favor marque sólo una por categoría.

Problemas Médicos, Recordatorios y Aviso General:

Teléfono de Casa Teléfono de Trabajo Teléfono Celular Coreo Electronico(Email): _____

Las llamadas telefónicas de retorno (para la enfermera o médico que le devuelva la llamada):

Teléfono de Casa Teléfono de Trabajo Teléfono Celular Coreo Electronico(Email): _____

Estados de Cuenta-El Estado de Cuenta se enviará a la dirección que tenemos en su cuenta. Si aconseja lo contrario, por favor indique donde deben enviarse el estado de cuenta:

Enviar el estado de cuenta a la dirección del paciente
 Enviar estado de cuenta a _____ Relación al paciente: _____

SOCIAL:

***La información en las páginas siguientes proporcionará informacion historial, social, personal y familiar para la evaluación y el tratamiento de su hijo. Es recomendado por la Academia Americana de Pediatría. Se revisará por el proveedor con los padres / paciente. **Por favor llene la información completamente.**

Lugar de Nacimiento del Paciente (hospital y ciudad): _____ Estado: _____

Ocupación de Padres/Tutores: Tutor 1: _____ Tutor 2: _____

Por favor en liste todas las personas que viven en el hogar:

NOMBRE	EDAD	RELACIÓN AL PACIENTE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Por favor indique si los padres de niños están: Casados No Casados Seperados Divorciados

*La violencia es una preocupación en el hogar? SI NO

*Hay armas en el hogar? SI NO

*Hay mascotas en el hogar? SI NO

*Hay fumadores en el hogar? SI NO

Historia de la Familia: Favor de circular cualquier historia familiar y indique que tiene o a tenido una condición.

M- Madre **F-** Padre **PGM-**Madre del Padre **PGF-** Padre del Padre **MGM-** Madre de la Madre **MGF-** Padre de la Madre

- ___ Abuso del Alcohol _____
- ___ Abuso de Drogas _____
- ___ Trastornos Psiquiátricos _____
- ___ Convulsiones _____
- ___ Enfermedad de Riñones Ataque antes del 50 _____
- ___ Enfermedad de la Tiroides _____
- ___ Problemas de Sangrado _____
- ___ Enfermedades Hereditaria/Genétic _____
- ___ Cardiopatía _____
- ___ Trastornos de la Piel _____
- ___ Cancer (tipo) _____
- ___ Precisión Alta _____
- ___ Asma _____



Historia de la Salud Pediátrica

Historia de la Salud Pediátrica:

Médico o Proveedor anterior del niño: _____ Número de teléfono: _____

Medicamentos actuales: _____

Lista de cualquier alergia o reacciones a medicamentos o vacunas: _____

Información del Embarazo y Nacimiento

Es el niño el suyo por: Nacimiento Adopción Padre de Crianza Hijastro(a) Tutor Legal

Por favor indique cualquier complicaciones durante el embarazo: Ninguno

Tipo De Parto: Parto Vaginal Cesarea , explique por que: _____

Peso de Nacimiento: _____ LB _____ OZ Longitud de Nacimiento: _____ Inches Puntaje de Apgar: 1 minuto _____ 5 minutos _____

Paso la Prueba de Audición: SI NO

Recibió la vacuna de la Hepatitis B al Nacer? SI NO

Por favor explique cualquier problema médico durante la estancia hospitalaria del recién nacido de su bebé.

- Ninguno
- Prematuro (semanas de gestación): _____
- Otro Problemas: _____

Historial Medico Pasado

Por favor describa cualquier problema de salud más importantes y sus fechas: _____

Hospitalización / operaciones (con fechas): _____

Lesiones Graves o Accidentes : _____



OTRAS AUTORIZACIONES, RECONOCIMIENTOS, AUTORIZACIONES Y RESTRICCIONES

COMPARTIR EL RESUMEN DE VACUNAS:

Nuestro sistema de registros médicos electrónicos (EMR) puede compartir automáticamente las vacunas de su hijo con el estado de Tennessee a través de la base de datos de Exchange TennIIS. TennIIS es una base de datos por la que el estado de Tennessee mantiene un registro de las vacunas de su hijo(a). Este registro de las vacunas estará disponible para cualquier proveedor participante. También ayudará a mantener el registro de las vacunas actualizado de su hijo(a).

- NO QUIERO que las vacunas de mi hijo(a) sea compartidas en esta base de datos. Iniciales _____
- DOY MI CONSENTIMIENTO para disponer de la información de las vacunas en el Registro del Estado. Iniciales _____

RECONOCIMIENTO DE LA PRIVACIDAD DE LA PRÁCTICA:

He revisado el **Aviso de Prácticas de Privacidad** de Los Pediatría de Smyrna, PLLC, detallando cómo la información de mi niño puede utilizarse y divulgarse según lo permita la legislación federal y estatal. Entiendo el contenido del Anuncio y solicito que las siguientes restricciones del uso de mi información médica personal de niños. Este paquete tiene una copia de estas prácticas.

- NO QUIERO una copia de la privacidad de la práctica Iniciales _____
- QUIERO una copia de la privacidad de la práctica Iniciales _____

RESTRICCIONES:

Por favor de en liste restricciones con respecto a los mensajes, llamadas de recordatorio, o acceso a la información con respecto a este paciente. Esto puede incluir a otros miembros de la familia o gente que no debemos dar información sobre el paciente:

APROBACIONES:

Por favor en liste otras personas y/o familiares que están autorizados a consultar al médico, recoger las recetas o puedan recibir información de su hijo(a) en Los Pediatría de Smyrna:

Nombre: _____ Relación al Paciente: _____

Nombre: _____ Relación al Paciente: _____



Información sobre Seguros Medicos y Facturación

1. Es su responsabilidad entender sus beneficios de seguro. Si no está seguro de la cobertura de un servicio o tratamiento, debe comunicarse con su compañía de seguros. No proporcionamos información sobre el co- pago, co-seguro o deducibles. Si su tarjeta de seguro indica que tiene un co - pago, se solicita que la cantidad de el momento sea entregada al registrarse, si hay monto adicional recibirá una factura de nosotros.
2. Su co-pago o co-seguro se requiere al registro de entrada, aceptamos efectivo, Visa, Mastercard. También usted es responsable del pago de su deducible.
3. Hay una cuota de \$ 30.00 por cheques devueltos.
4. Las cuentas morosas pueden ser colocados con una agencia de colección exterior o sometidos a un tribunal de menor cuantía. Si su saldo no pagado se remitió a una agencia externa, el coste de recogida del 30% se añadirá a su saldo a pagar. Si se hace necesario proceder a una acción legal el 40% de su saldo a pagar será añadido a su total.
5. Aceptamos muchos planes de seguro. Esto significa que vamos a presentar su reclamo para usted. Este servicio se ofrece como una cortesía a usted porque valoramos que el patrocinio, Usted es responsable de los cargos no pagados por su compañía (s) de seguro, lo que incluye denegado debido a la falta de información por parte del abonado.
6. Estaremos encantados de presentar cargos de cualquier plan secundarias o suplemento que pueda tener, sin embargo, si el pago no se recibe desde que la firma de un plazo de 60 días, se emitirá una factura a usted para el pago completo.
7. Si aceptamos su plan de seguro, se espera que el pago cuando se prestan los servicios. Se le dará una factura en el momento de la salida, la cual puede presentar con su compañía de seguros para el reembolso.
8. Si por alguna razón no recibimos el pago anticipado de su compañía de seguros, debe entender que usted es responsable de los honorarios de tratamiento.
9. Todos los pacientes asegurados deben presentar su tarjeta de identificación del seguro en el momento del registro de entrada. Si no tiene su tarjeta de identificación del seguro, se le pedirá que pague por la consulta.
10. Es su responsabilidad de proporcionar información precisa sobre el seguro a esta oficina. Si no somos capaces de facturar a su compañía de seguros, ya que no hemos recibido su información de seguro de una manera oportuna, usted es responsable de los cargos.
11. Algunas muestras se envían a un laboratorio externo para su análisis. cargos de laboratorio adicionales se incurrirá para esta prueba. Si su plan requiere que acudir a un especialista, debe obtener este formulario de referencia de su médico de atención primaria. Tenemos que ver con usted antes de cita con el especialista antes de que pueda hacerse una referencia.
12. Los honorarios que cobramos por las visitas al consultorio, / laboratorios y servicios relacionados con la patología son establecidos por Medicare y seguidos de cerca por las compañías de seguros.
13. Nosotros no fijamos nuestros propios honorarios y hay que operar nuestro negocio dentro de los confines de este programa de honorarios truido.
14. Cualquier pregunta relacionada con su cuenta deberán dirigirse al Departamento de Facturación.

Al firmar mi nombre a continuación, certifico que he leído la información anterior. se han abordado alguna pregunta relacionada con estas políticas. Mi firma también certifica mi entendimiento y acuerdo con las políticas anteriores. Entiendo que soy responsable de todos los gastos no pagados por la compañía de seguros. Una fotocopia de este documento es válida como el original. Puede recibir una copia de este documento a petición.

X Firma del Padre o Tutor: _____ Fecha: _____



Chart # _____

Smyrna Pediatrics, PLLC

AVISO DE LA PRACTICA DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACION MEDICA PUESE SER UTILIZADA Y DIVULGADO Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR LEER CON ATENCION.

El Acto de Health Insurance Portability & Accountability de 1996 (HIPAA) es un programa federal que requiere que todos los registros medicos e informacion indenticable de individuo de salud sea usado y divulgado por nosotros en cualquier forma, pueda ser electronico, en el papel, o oral, se mantengan completamente confidencial. Esta ley le da a usted, el paciente, los derechos significantes para entender y controlar el uso de su informacion de salud. HIPAA penalize las entidades cubiertas que mal usan su informacion personal de salud.

Como requerido por HIPAA, hemos preparado la siguiente explicacion de como nosotros estamos requeridos a mantener la privacidad de su informacion personal de salud y como divulgamos esa informacion.

Podemos usar y divulgar sus registros medicos solo por cada de los siguientes propositos:

Tratamiento significa proveer, coordinar, o manejar el cuidado de salud y servicios relatados por uno o mas Proveedores de ejemplo de esto seria un Examen Fisico.

- Pagos significa actividades como obtener reembolsos por servicios, confirmar cobertura, estado de cuentas y actividad de colecciones y evaluaciones. Un ejemplo de esto seria mandar un estado de cuenta a su seguro medico.
- Operaciones de Cuidado de Salud incluye el aspect de negocios y administracion de nuestra clinica, como conducir evaluaciones de calidad y actividades de mejora, funciones de auditoria, analisis de costo, y servicio al cliente. Un ejemplo seria una evaluacion de calidad interna.

Podemos contactarnos con usted para darle informacion sobre citas, tratamientos alternativos, u otros beneficios relatados a la salud y servicios que puedan ser interesantes para usted.

Cualquier otro uso y divulgaciones seran hechos solo con autorizaciones escrita por usted. Usted puede revocar la autorizacion en escrito y nosotros estamos requeridos a honrar y seguir el pedido escrito, except hasta el extensor de que ya se hubiesemos tomado accion sobre su autorizacion.

Usted tiene los derechos siguientes con respeto a su informacion de salud protegido, por lo cual usted puede ejercitar con presentar un pedido por escrito al Oficial de Privacidad:

- El derecho de pedir restricciones en unos especificos y divulgaciones de la informacion de salud, incluyendo esas divulgaciones a miembros de familia, otros relativos, amigos personales cercanos, y cualquier otra persona indenticada por usted, nosotros, como sea, no estamos requeridos a estar de acuerdo con las restricciones pedidas. Si nosotros no estamos de acuerdo con las restricciones, tenemos que seguir sus deseos, o hasta que usted nos pida por escrito de no continuar con su pedido.
- El derecho de inspeccionar y copiar su informacion de salud protegida.
- El derecho de emendar su informacion de salud protegida.
- El derecho de recibir una divulgacion de estado de cuentas de su informacion de salud protegida.
- El derecho de obtener una copia de esta notificacion cuando la pida.

Estamos requeridos por Ley de mantener la privacidad de su informacion de salud protegida y de proveer a usted con una notificacion de nuestras responsabilidades legales y practica de privacidad al respeto con la informacion de salud protegida.

Esta notificacion es efectiva desde Junio 10, 2002, y estamos requeridos de seguir los terminus de Notificacion de Privacidad actualmente en efecto. Reservamos ese derecho de cambiar los terminus de nuestra Notificacion de Practica de Privacidad y hacer una notificacion nueva con provisiones efectivas afectando la informacion de salud protegida que nosotros mantengamos. Nosotros mantendremos y usted pueded obtener una copia escrita de Nuestra Notificacion de Privacidad revisada de esta oficina.

Usted tiene el derecho de presentar una queja formal con nuestra oficina o con el Departamento de Salud & Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles, por violaciones de proviciones de esta notificacion y otras politicas y procedimientos de nuestra oficina. Nosotros no estaremos contra usted por presentar una queja.

Por favor contactenos por mas informacion pidiendo hablar con nuestro Oficial de Privacidad.

Para mas informacion de HIPAA o para presentar una queja formal:
The U.S. Department of Health & Human Services Office of Civil Rights
200 Independence Avenue, S.W
Washington, D.C 20201
(202) 619-0257 Toll Free: 1-877-696-6775

X Firma (Guarantor/Parent Signature): _____ Fecha (Date): _____



Por favor tenga en cuenta algunas de las políticas de nuestra oficina con respect a los temas más discutidos en la práctica. Inicial para confirmar su comprensión de estas políticas:

(La gerente de la oficina puede hacer excepciones caso por caso)

Negativa a Vacunar:

iniciales: _____

Efectiva Primero de Enero 2018, ya no aceptamos a las familias que eligen no vacunar. Si rechaza las vacunas para cualquier niño(s) de su familia, regrese a la recepción para determinar los próximos pasos por favor.

Responsabilidades financieras:

iniciales: _____

Una vez que se le haya informado de un saldo adeudado en la cuenta de su hijo/familia, y no se haya pagado, nos reservamos el derecho de posponer los chequeos físicos de los niños has que el saldo sea:

1. Pago en total
2. Los arreglos de pago se acuerdan por escrito y se realizan pagos consistentes.
3. En el caso de que un saldo no se haya pagado durante más de 4 meses sin que se realicen pagos consistentes- toda la cuenta puede remitirse a una empresa de cobranza externa y se agregará una tarifa de 30% al saldo. También esto resulta en la terminación de la relación médica del paciente.
4. En caso de que **UN PADRE SIN CUSTODIA** tenga responsabilidad financiera de la atención médica:
 - Los Copagos aún se deben pagar al momento del servicio. Por favor preparará para cumplir esta responsabilidad.
 - Cualquier saldo pendiente seguirá los mismos riegos que se detallan arriba.
 - No le enviaremos una factura al padre que no tiene la custodia por ningún monto sin su consentimiento por escrito.

Llegadas tarde:

iniciales: _____

Si llega más de 15 minutos tarde a su cita programada, se le puede pedir que re programe o hacen otra cita. Si esto sucede, se le dará la próxima cita disponible que puede no ser hasta el siguiente día hábil. Si se da cuenta que llegará tarde, llame con anticipación para ver si es necesario de hacer otra cita.

No llegas a citas:

iniciales: _____

Entendemos que a veces surgen circunstancias que están fuera de su control y es posible que no cumpla con una cita programada. Cuando esto sucede, **POR FAVOR LLAME** a la oficina para reprogramar **LO ANTES POSIBLE**. Cuando no llama para cancelar o reprogramar y por lo tanto no presentar su cita, ese tiempo se desperdicia y podría haber sido utilizado por otro paciente.

***Después de no presenta a sus citas 3 veces, ustedes pueden ser despedido de la práctica.

Las horas de la oficina:

iniciales: _____

*Cerramos para el almuerzo todos los días entre el mediodía y a la 1 en la tarde. No contestamos los teléfonos durante esta hora.

*En caso de mal tiempo, nos vemos obligados a cerrar la oficina sin previo aviso. Se le notificará por teléfono al número que tenemos registrado. Por favor actualice su información a medida que cambia.

**Estas políticas pueden actualizarse sin previo aviso. Los cambios a este documento se harán tan pronto como sea posible.



Chart # _____

Smyrna Pediatrics, PLLC

AUTHORIZATION TO RELEASE PHI/ MEDICAL RECORDS TO:

(AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA)

SMYRNA PEDIATRICS, PLLC

739 Presidents Place Ste 110

Smyrna TN 37167

Phone: (615) 625-7780

Fax: (615) 625-7781

Patient Name (*Nombre del Paciente*): _____ Date of Birth (*Fecha de Nacimiento*): _____

I hereby authorize any physician or person who has attended and examined my child to release for purpose of treatment his/her entire medical records (pursuant to states and federal law), without limitation.

(Por la presente autorizo a cualquier médico o persona que ha atendido y examinado a mi hijo para liberar a propósito del tratamiento de su / sus historias clínicas completas (de conformidad con los estados y las leyes federales), incluyendo sin limitación:)

Smyrna Pediatrics is requesting records from (*Los Pediatría de Smyrna está solicitando registros de*):

Facility and/or Medical Providers Name (*Nombre de proveedor/ del centro*): _____

Fax Number (*Número de fax*): _____ Phone Number(*Número de teléfono*): _____

I understand that information on my health record may include information relating to sexually transmitted diseases. Acquired Immunodeficiency Syndrome(AIDS), Human Immunodeficiency Virus(HIV), and other communicable disease, behavioral health care and treatment related drug or alcohol use; my signature authorizes the release of such information.

****Entiendo que la información sobre mi expediente de salud puede incluir información relativa a enfermedades de transmisión sexual. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y otras enfermedades transmisibles, atención de salud conductual y drogas relacionados con tratamiento o consumo de alcohol; mi firma autoriza la entrega de tal información.*

This authorization expires in 90 days from the date specified, unless I revoke this authorization earlier. I understand that I may revoke this authorization at any time, except to the extent that actions based on this authorization has already been taken. Our Notice of Privacy Practices explains the process of revocation, which includes a request in writing.

****Esta autorización expira en 90 días a partir de la fecha especificada, a menos que suspenda esta autorización antes. Entiendo que puedo suspender esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se ha tomado acciones en esta autorización. Nuestro aviso de privacidad explica el proceso de suspender, que incluye una solicitud por escrito.*

I understand that I may refuse to sign this authorization and my refusal will affect the ability to obtain treatment, payment of claims, and/ or eligibility for benefits.

****Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y esto afecta la habilidad para obtener tratamiento, pago de reclamos o elegibilidad para beneficios.*

I understand that if any of the information to be release relates to the treatment of alcohol or drug abuse, there are special requirements for my consent to release as found in Federal Confidentiality Rules (42 CFR Part 2) which prohibits the further release of that information without my consent, as referenced to the Federal Regulations or otherwise permitted by law.

****Entiendo que si alguna de la información que este relacionado con el tratamiento de abuso de alcohol o drogas, tienen requisitos especiales para mi consentimiento en las reglas de confidencialidad Federal (42 CFR Part 2) que prohíbe la liberación de esta información sin mi consentimiento, como se hace referencia a la normativa Federal o cualquier otra manera permitida por la ley.*

I understand that the provider releasing the PHI/ medical records to Smyrna Pediatrics, PLLC cannot control how the recipient uses or shares the information, and the laws protecting its confidentiality at releasing provider may or may not protect this information once it has been disclosed to the recipient.

****Entiendo que la liberación de la PHI / registros médicos del proveedor de los Pediatría de Smyrna, PLLC no pueden controlar cómo el destinatario utiliza o comparte la información, y las leyes de protección de su confidencialidad de los servicios pueden o no pueden proteger esta información una vez que ha sido revelada al destinatario.*

Print Name of Parent/ Guardian (*Escriba el nombre del padre / tutor*): _____ Date(*Fecha*): _____

X Signature(*Firma*): _____

This patient's record is released for the sole purpose revealed above. Any further release of information, review, dissemination, distribution or copying of this information is strictly prohibited. If you received this message in error, please notify us immediately by phone at (615) 625-7780

Registro de este paciente es dado con el único propósito revelado anteriormente. Toda liberación futher de la información , revisión , difusión, distribución o copia de esta información está estrictamente prohibida . Si ha recibido este mensaje por error, por favor notifique inmediatamente por teléfono al (615) 625-7780