



FORMULARIO DE REGISTRACION

Nombre del Paciente (s)

Fecha de Hoy: _____

	Apellido	Nombre	Sexo	Fecha de Nacimiento	PCC #
1.	_____	_____	M F	___/___/___	_____
2.	_____	_____	M F	___/___/___	_____
3.	_____	_____	M F	___/___/___	_____
4.	_____	_____	M F	___/___/___	_____

Información de los Padres:

Nombre de la Madre: _____ **Fecha de Nacimiento:** ___/___/___

Dirección _____
Calle
Ciudad
Estado
Código Postal

Numero de Celular: _____ **Numero teléfono casa** _____

Correo electrónico: _____

Nombre del Padre: _____ **Fecha de Nacimiento:** ___/___/___

Dirección (solo si es diferente a la de la madre) _____
Calle
Ciudad
Estado
Código Postal

Numero de Celular: _____ **Numero de casa** _____

Correo electrónico _____

Contacto de Emergencia:

Nombres y relaciones de los demás que tienen permiso para llevar y están autorizados tomar decisiones médicas para su hijo(a):

Nombre: _____ Relación: _____ Número de Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Número de Teléfono: _____

TLC PEDIATRICS, LLC

10 Mott Avenue, Suite 2A • Norwalk, Connecticut 06850 • (203) 855-7551 • www.tlcpediatrics.org



* **NOTA:** Nuestras recepcionistas pueden solicitar la tarjeta de seguro de cada niño en cada visita. *

Seguro Médico

Seguro de Salud Primario: _____ Copia de Tarjeta adjunta _____
Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Esta información es opcional y voluntaria. Todos los pacientes recibirán la misma atención médica independientemente de la respuesta o puede contestar "Prefiero no responder"

Raza del paciente:

- Nativo Americano o de Alaska
- Asiático
- Afro-Americano
- Caucásica
- Prefiero no responder

Origen Étnico

- Desconocido
- Hispano o Latino
- Hawaiana Nativa/Pacífico Islandés
- Hispano

Idioma preferido: _____

Firma del padre/guardián: _____

Fecha: ____/____/____

Escriba el nombre del padre/guardián: _____

Fecha: ____/____/____

TLC PEDIATRICS, LLC

10 Mott Avenue, Suite 2A • Norwalk, Connecticut 06850 • (203) 855-7551 • www.tlcpediatrics.org



AUTORIZACION DE TRATAMIENTO Y ASIGNACION DE BENEFICIOS

Responsabilidad Financiera

Todos los servicios profesionales prestados se le cobran al paciente y se colectan al tiempo del servicio, a menos que usted tenga seguro y verifique que TLC Pediatrics es un proveedor participante.

Asignación de Beneficios

Autorizo a mi compañía de seguros, incluyendo seguros privados y cualquier otro plan médico, para emitir cheques de pago directamente a TLC Pediatrics por los servicios médicos prestados a mi persona y/o mis dependientes. Entiendo que soy responsable por cualquier monto no cubierto por el seguro.

Autorización para Liberar Información

Autorizo a TLC Pediatrics a: (1) liberar cualquier información necesaria a las compañías de seguros con respecto a mí mismo o mí dependiente de la enfermedad y tratamientos; (2) procesar cualquier reclamo de seguro generado en el curso del examen o tratamiento. Esta orden permanecerá en efecto hasta que yo la revoque por escrito.

He solicitado servicios médicos de TLC Pediatrics en mi nombre de y/o mis dependientes y entiendo que al hacer esta petición me hago responsable por cualquier y todos los cargos incurridos en el curso del tratamiento.

Entiendo que cualquier balance se colecta el mismo día que los servicios se prestan y me comprometo a pagar todos los gastos (copago o deducibles) incurridos inmediatamente después del examen. Una fotocopia de mi tarjeta de seguro es tan válida como la original.

Nombre y Apellido del Paciente

Fecha de Nacimiento

Nombre y Apellido del Paciente

Fecha de Nacimiento

Nombre y Apellido del Paciente

Fecha de Nacimiento

Firma del Padre o Guardian

Fecha de hoy

TLC PEDIATRICS, LLC

10 Mott Avenue, Suite 2A • Norwalk, Connecticut 06850 • (203) 855-7551 • www.tlcpediatrics.org



AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD RESUMIDO

La ley exige que TLC Pediatrics siga las prácticas descritas en este resumen. Este es un resumen de nuestras Prácticas de Privacidad, pero no reemplaza la versión completa, que también recibió y siempre está disponible en la sala de espera de nuestra oficina. Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y como puede obtener acceso a esta información. Este aviso se aplica a la información de salud personal que tenemos sobre usted y que nuestra practica medica conserva o mantiene. Ni este resumen ni el Aviso de Practicas de Privacidad completo cubren todos los posibles usos o revelaciones. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Oficial de Privacidad para esta práctica médica.

¿Quién tiene acceso a su información personal?

Podemos usar su información persona para:

- Planificar tu tratamiento y servicios.
- Presente fracturas a su seguro, Medicaid, Medicare o tercero pagador.
- Obtener la aprobación por adelantado de su compañía de seguros para determinar si su plan cubre el pago del tratamiento o para facilitar el pago de un médico al que se le refiera.
- Realizar operaciones de atención medica como compartir su información con socios comerciales que necesiten usar o divulgar su información para proporcionar un servicio para nuestra práctica médica (como nuestra compañía de facturación)
- Intercambiar información con otras agencias estatales como lo exige la ley
- Tratarle a usted/ a su hijo en una emergencia
- Tratarlo cuando hay algo que no impide comunicarnos con usted
- Enviarle recordatorios de citas
- Para ciertos tipos de investigación
- Cuando existe una amenaza grave para la salud pública o la seguridad para usted u otros
- A agencias involucradas en una situación de desastre.
- Según lo exija la ley estatal, federal, o local. Eso incluye investigaciones, auditorias, inspecciones y licencias.
- Para hacer cumplir la ley si usted es víctima de un delito, está involucrado en un delito en nuestras instalaciones o si ha amenazado con cometer un delito
- A médicos forenses y funerarias cuando sea necesario para que hagan su trabajo.
- Cuando sea ordenado por un tribunal.
- A los funcionarios federales involucrados en actividades de seguridad autorizadas por la ley
- A la institución correccional si usted está preso.

TLC PEDIATRICS, LLC

10 Mott Avenue, Suite 2A • Norwalk, Connecticut 06850 • (203) 855-7551 • www.tlcpediatrics.org



DERECHOS DEL PACIENTE

Como paciente en nuestra práctica tienes derecho a:

- Solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de una manera determinada o en un lugar determinado. Esto debe hacerse por escrito.
- Para inspeccionar y obtener una copia de su registro (con algunas excepciones)
- Para apelar si decidimos no permitirle ver todo o parte de su registro
- Solicitar que se cambie el registro si cree que ve un error o algo que no está completo. Debe hacer esta solicitud por escrito. Podemos negar su solicitud si:
 - No creamos la entrada que está mal; o
 - La información no es parte del archivo que guardamos; o
 - La información no es parte del archivo que le permitiríamos ver; o creemos que el registro es preciso y completo.
- Para limitar la forma en que usamos o divulgamos información sobre usted. Por ejemplo, no divulgar información a su cónyuge o a una agencia proveedora en particular. Esto debe hacerse por escrito y no estamos obligados a aceptar la solicitud
- Para saber a quién le hemos enviado información sobre usted durante los últimos seis años. La primera solicitud en un periodo de 12 meses es gratis. Podemos cobrarle por solicitudes adicionales.
- Tener una copia en papel del Aviso de Practicas de Privacidad.
- Para presentar una queja si cree que alguno de sus derechos ha sido violado. Todas las quejas deben ser por escrito. Usted no será penalizado si presenta una queja.
- Para informarnos (autorizar) otras publicaciones de su información personal no descritas anteriormente. Puede cambiar de opinión y eliminar la autorización en cualquier momento (por escrito)
- Si desea ejercer alguno de estos derechos, o presentar una queja, debe comunicarse con el Oficial de Privacidad de esta práctica médica.

Iniciales _____

TLC PEDIATRICS, LLC

10 Mott Avenue, Suite 2A • Norwalk, Connecticut 06850 • (203) 855-7551 • www.tlcpediatrics.org



AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Estamos obligados por las leyes estatales y federales, incluyendo las reglas de HIPAA, a proteger su información general y la salud. Hemos creado un aviso de prácticas de privacidad que explica cómo se maneja su información de salud.

Por favor firme esta forma como prueba de que usted recibió y leyó nuestras prácticas de privacidad:

Yo reconozco que TLC Pediatrics me ha ofrecido una copia de las prácticas de privacidad, la cual explica como mi información médica puede ser usada y como yo puedo tener acceso a mi información médica.

- Yo entiendo que si tengo preguntas o quejas puedo pedir hablar con el gerente de oficina.
- Yo entiendo que tengo el derecho a pedir una copia si hay algún cambio de las prácticas de privacidad.

Firma del paciente o guardián

Fecha

Nombre escrito del paciente o guardián

Relación al paciente

TLC PEDIATRICS, LLC

10 Mott Avenue, Suite 2A • Norwalk, Connecticut 06850 • (203) 855-7551 • www.tlcpediatrics.org



VISITAS A LA SALA DE EMERGENCIA

En TLC Pediatrics entendemos que las Emergencias ocurren y a veces una visita a la Sala de Emergencia del hospital es **esencial**, y también sabemos que muchas veces no es necesario si tiene acceso al pediatra de su hijo(a). TLC Pediatrics es un Hogar Medico que se centra en la atención de sus pacientes por lo que ofrecemos acceso al Pediatra de Turno **horas 24 los 7 días de la semana**. Por lo tanto, si su hijo(a) no se siente bien, usted está preocupado y desea consultar con un médico, **¡llámenos primero!**, y si es fuera de horario de oficina, su llamada será transferida al **servicio de llamadas** y el Doctor de Turno será contactado para devolverle su llamado a la brevedad.

Muchas veces las inquietudes sobre la salud de su hijo pueden discutirse y resolverse sin un viaje innecesario a la Sala de Emergencias, lo que le ahorrara tiempo y dinero y va a reducir el riesgo de exposición a otras enfermedades. Así como también habrá oportunidades en que el Pediatra de igual forma le aconsejará ir a la Sala de Emergencia.

¡Recuerde llamar primero a TLC PEDIATRICS! antes de dirigirse a la sala de Emergencia. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Finalmente, esto resultara en una mejor atención para usted y sus hijos(as).

Iniciales _____

TLC PEDIATRICS, LLC

10 Mott Avenue, Suite 2A • Norwalk, Connecticut 06850 • (203) 855-7551 • www.tlcpediatrics.org



POLIZAS DE LA OFICINA

Fecha de hoy: _____

Estimados padres o guardián:

TLC Pediatrics es un Hogar Médico y estamos comprometidos a brindar atención integral de calidad a su hijo(a) en un entorno familiar, con ese fin, esperamos que se comunique primero con nuestra oficina antes de buscar atención especializada o de dirigirse a otro proveedor para recibir atención de urgencia. Queremos participar en prestar atención en nuestra oficina cuando sea apropiado y ayudar a coordinar su atención. Siempre que vea a un especialista, le pedimos que solicite que se envíe un informe directamente a nuestra oficina para que podamos mantenernos informados y tener la información más actualizada en el historial médico, para lograr esto debemos trabajar juntos.

Por favor revise y firme las siguientes pólizas que se han desarrollado para brindar el mejor cuidado posible para su hijo(a).

Vacunas:

Estoy de acuerdo en que mi hijo se vacune. Las vacunas han tenido un enorme impacto en el mejoramiento de la salud de los niños en los Estados Unidos. La vacunación es una de las mejores maneras que padres pueden proteger a infantes, niños y adolescentes de 16 enfermedades potencialmente dañinas. (Si usted tiene alguna pregunta, puede pedir hablar con nuestro gerente de oficina)

Servicio Después de Horas de Oficina y Llamadas:

Nuestra oficina ofrece servicios después de horas de oficina en caso de emergencia. Puede llamar al **203-855-7551** o **855-303-1969** y ellos contactarán al médico de turno. Luego el médico le llamará para determinar el siguiente paso. Nuestro sistema telefónico requiere que deje información específica. Por favor, hable lento y con claridad. Repita el número de teléfono de contacto dos veces para que se le pueda regresar la llamada.

Pago en el Momento del Servicio:

Nuestra oficina requiere que el paciente haga el copago o cualquier balance pendiente en el momento de la visita.

TLC PEDIATRICS, LLC

10 Mott Avenue, Suite 2A • Norwalk, Connecticut 06850 • (203) 855-7551 • www.tlcpediatrics.org



Cancelaciones, Llegadas Tardes, Citas Pérdidas

Al no llegar a su cita planeada con anterioridad nos impide programar a otros pacientes y causa que el doctor se retrase en su horario y retrase la visita de los pacientes que llegan a tiempo. En consideración a los otros pacientes, si llega tarde a su cita se les puede pedir cambiarla para otra fecha. Si no llega a su cita, y tampoco llamo para cancelarla con 24 horas de anticipación, puede haber una tarifa de \$ 50.00.

Se requiere el aviso de **1 hora de anticipación** si va a cancelar o cambiar una cita de enfermedad, vacunas, visitas con la enfermera, control de peso etc., programadas en el mismo día.

El cargo de \$50.00 NO se le cobrará a su seguro, es considerado su responsabilidad. Como cortesía nuestra oficina confirma citas el día antes de su cita, pero es su responsabilidad recordar su propia cita. **Si pierde su cita 3 veces, sin cancelar, se le pedirá transferirse a otra práctica.**

Formularios de Campamento, Escuela, Guardería y Registros de Inmunización:

Los formularios que necesitan ser llenados por el médico pueden ser dejados en nuestra oficina para completar y luego recogerlos en dos semanas. También pueden ser enviados vía email a: **Docs@tlcpeds.org**. Por favor antes de dejar cualquier forma llene su parte primero. Algunas formas especifican, que el niño tiene un examen físico cada 12 meses, si es que no lo ha tenido entonces no podemos llenar la forma. **Nota: Si necesita un formulario llenado ANTES de una semana hay un cobro de \$15 y lo puede recoger en 72 horas.**

Citas de Enfermedad y Exámenes Físicos:

Un **examen físico** es necesario cada 12 meses para la mayoría de las guarderías, escuelas o campamentos. La AAP (Academia Americana de Pediatría) recomienda exámenes físicos anuales desde los 3 a 21 años. Las visitas son más frecuentes antes de los 3 años.

Citas de enfermedad son más cortas de tiempo que los exámenes físicos. Este tiempo está configurado para que el médico pueda examinar al paciente y diagnosticar la enfermedad. Si su hijo tiene múltiples síntomas, problemas o preocupaciones, por favor infórmele a la recepcionista para que la visita pueda prolongarse si es necesario. Queremos hacer que el médico tenga el tiempo suficiente para atender todas sus inquietudes sin sentirse apresurado.

Por favor llame para hacer una cita si necesita ser visto por la doctora, si viene sin hacer cita no lo podrán ver. Si llama después de horas de trabajo por favor tenga en cuenta que el médico no puede programar citas desde su casa, si desea programar una cita por favor llame a la oficina al día siguiente a partir de las 9:00am.

TLC PEDIATRICS, LLC

10 Mott Avenue, Suite 2A • Norwalk, Connecticut 06850 • (203) 855-7551 • www.tlcpediatrics.org



Relleno de la Medicamentos:

Para rellenar medicinas de rutina **primero** debe contactar a su farmacia. Ellos se contactarán con nosotros directamente para rellenar cualquier medicamento. Si deja un mensaje con el servicio automático por favor indicar el **nombre del paciente**, Fecha de nacimiento, el **nombre del medicamento y de la farmacia**. Si llama durante horas de oficina para solicitar un relleno puede recogerlo de la farmacia a partir de las **5pm**. Si necesita un relleno de un medicamento para **ADD/ADHD**, es necesario que llame por lo menos con un día de anticipación. Para rellenos de medicamento para ADD/ADHD/ASMA el paciente necesita ser visto cada 3 meses. Para cualquier otro relleno el paciente tiene que estar al día con su físico anual.

****He leído y comprendo las pólizas de la oficina de TLC Pediatrics ****

Nombre del padre/guardián: _____ Fecha: _____

Firma del padre/guardián _____ Fecha: _____

TLC PEDIATRICS, LLC

10 Mott Avenue, Suite 2A • Norwalk, Connecticut 06850 • (203) 855-7551 • www.tlcpediatrics.org



Póliza de Citas Perdidas

Yo, _____, padre o guardián de:

_____ Nombre y apellido del paciente	_____ Fecha de nacimiento
_____ Nombre y apellido del paciente	_____ Fecha de nacimiento
_____ Nombre y apellido del paciente	_____ Fecha de nacimiento
_____ Nombre y apellido del paciente	_____ Fecha de nacimiento

He sido informado de parte de TLC Pediatrics que la oficina requiere **24 horas** de anticipación para cancelar una cita para un Examen Físico y **1 hora** de anticipación para cancelar cualquier otra cita (visita de enfermedad, vacunas, visita con la enfermera, etc.).

Entiendo también que puede haber un cargo de \$50 por cada cita perdida si no se cancela con la debida anticipación.

Acepto que después de **3 citas perdidas** el paciente y su familia tendrán que transferirse a una nueva práctica.

_____ Firma del paciente/guardián	_____ Fecha
_____ Nombre escrito del paciente/guardián	_____ Fecha

TLC PEDIATRICS, LLC

10 Mott Avenue, Suite 2A • Norwalk, Connecticut 06850 • (203) 855-7551 • www.tlcpediatrics.org



INFORMACION DEL PACIENTE E HISTORIAL MEDICO

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Fecha Hoy: ____/____/____

Nombre del padre/guardián: _____

Alergias/ reacciones a medicamentos, comidas o vacunas:

Medicamentos que el paciente está tomando actualmente: _____

¿Hospitalizaciones? – (Cuándo, dónde, por qué): _____

Parto e historial del embarazo:

La edad de la madre durante el parto: _____

¿Como fue el parto? Vaginal Cesárea Adoptado Otro

Algún problema durante el embarazo?: Aumento excesivo de peso Hinchazón excesiva Infección urinaria
 Toxemia Enfermedad Venérea

Otro (por favor explique): _____

¿Medicamentos durante el embarazo?: _____

Durante el embarazo la mama: Fumo Tomo bebidas alcohólicas Otro: _____

¿A las cuantas semanas nació su hijo? _____

Peso al nacer: _____ Estatura al nacer: _____

Problemas con el bebe al nacer?: Respirar Ictericia

Otro: _____

TLC PEDIATRICS, LLC

10 Mott Avenue, Suite 2A • Norwalk, Connecticut 06850 • (203) 855-7551 • www.tlcpediatrics.org



¿Problemas después del nacimiento? _____

Alimentación: Leche materna Formula Los dos

Problemas al comer: Cólico Vomito Diarrea Cambios en la formula →

Historial del Paciente

El paciente está afectado por algunos de los siguientes (por favor marque una X a lado de los que aplica):

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Sarpullido |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Reflujo |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Infección del oído | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Células Falciformes |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Problemas urinarios |
| <input type="checkbox"/> Huesos rotos | <input type="checkbox"/> Alergias alguna comida | <input type="checkbox"/> Reacciones alguna vacuna |
| <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Perdida de la audición | <input type="checkbox"/> Resoplido |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones Cerebrales | <input type="checkbox"/> Soplo Cardiaco | <input type="checkbox"/> Algún otro problema |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Exposición al plomo | |

Explique: _____

Historia Social

¿Con quién vive paciente? _____

Los padres son: Casados Solteros Separados Divorciados

¿La casa del paciente fue construida antes de 1978? Si No

¿Tiene acceso a una piscina? Si No

¿Hay pistolas en la casa? Si No

¿Hay animales en el hogar? Si No

TLC PEDIATRICS, LLC

10 Mott Avenue, Suite 2A • Norwalk, Connecticut 06850 • (203) 855-7551 • www.tlcpediatrics.org



¿Han viajado fuera del país en los últimos 5 años? Si No
 Si respondió si, ¿dónde? _____

Alguien fuma dentro del hogar Si No
 Si respondió si, fuman: Afuera Adentro

Historial Familiar

Indique cuál de los siguientes familiares tienen las condiciones siguientes:

(P) Padre, (M) Madre, (H) Hermano/a, (AM) Abuelos Maternos, (AP) Abuelos Paternos, (T) Tío/a, (P) Primo/a

Anemia/Trastornos de la sangre:	Alergias:	Alcoholismo:	Artritis:	SIDA/VIH:
Asma:	Vacunas antialérgicas:	Cancer:	Fibrosis Quística:	Problemas con el colesterol:
Defectos de nacimiento:	Diabetes:	Eczema:	Tubos en el oído:	Epilepsia/Convulsiones:
Problemas con drogas:	Sordera precoz:	Ataque al Corazón:	Enfermedades del Corazón:	Presión Alta:
Problemas Hereditarios:	Desafiado intelectualmente:	Migrañas:	Tuberculosis:	Síndrome de muerte de un infante:

TLC PEDIATRICS, LLC

10 Mott Avenue, Suite 2A • Norwalk, Connecticut 06850 • (203) 855-7551 • www.tlcpediatrics.org