

**TLC Pediatrics**

22335 U.S. Hwy 72 East, Ste C, Atenas, AL 35613

256-870-4111

**Información para el paciente**

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Nombre preferido de su hijo(a)\_\_\_\_\_.

Dirección de Domicilio:\_\_\_\_\_

Ciudad:\_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M F Idioma preferida \_\_\_\_\_

Teléfono celular:\_\_\_\_\_

Raza: Indio americano o Alaska Blanco Negro Asiático Hispano Nativo Hawaiano Desconocido

Etnia: Origen hispano No de origen hispano Rechazado por el paciente

.....  
Nombre de los padres:\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (Padre) : \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (Madre):\_\_\_\_\_

Numero de Trabajo (Padre)#: \_\_\_\_\_ Numero de Celular(Padre)\_\_\_\_\_ Numero de

Trabajo (Madre) # Numero de Celular (Madre): \_\_\_\_\_

Correo electrónico's : \_\_\_\_\_  
.....

Contacto de emergencia:\_\_\_\_\_

Numero de trabajo # \_\_\_\_\_ Numero de Celular # \_\_\_\_\_

Parientes que atendemos en la clinica:\_\_\_\_\_

**Información De La Seguranza**

**Seguro primario Seguro secundario**

Nombre del titular de la póliza:\_\_\_\_\_

Proveedor de seguranza:\_\_\_\_\_

Numero de poliza:\_\_\_\_\_

Numero de grupo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Frima: \_\_\_\_\_ Fecha De hoy: \_\_\_\_\_

liberación de seguranza: Por la presente autorizo a TLC Pediatrics, a proporcionar al proveedor de seguranza mencionada anteriormente toda la información que pude ser solicitar sobre la enfermedad o lesión actual de paciente. Por la presente, asigno a TLC Pediatrics todos los beneficios del servicio prestando.

**TLC Pediatrics**

Formulario de registro de pacientes nuevos 2 de 5

**Paciente pediátrico o menor**

Yo, \_\_\_\_\_, padre,/Tutor legal/ Custodio legal/ cuidador(a) de \_\_\_\_\_  
(su nombre) (Nombre del niño)

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Doy permiso para que mi hijo menor reciba los servicios relacionados con la salud, como exámenes físicos, vacunas, recetas, derivaciones y otros servicios, según se indique. Entiendo que los registros médicos del niño son estrictamente confidenciales. Por la presente autorizo el uso de estos registros por todas las personas dentro de la oficina de TLC Pediatrics ( como médicos, enfermeras y otros proveedores que participan en la prestación de mis servicios relacionados con la salud).

Las persona está autorizada para llevar a mi hijo a TLC Pediatrics para recibir servicios y firmar documentos en mi nombre:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**RECIBO DE ADVISO DE PRACRICAS DE PRIVACIDAD FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO**

Yo, \_\_\_\_\_ he, recibido una copia del aviso de TLC Pediatrics de practicas de Privacidad.

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a TLC Pediatrics a divulgar cualquier información adquirida durante el examen o tratamiento de mi hijo(a). También autorizo cualquier pago de seguridad directamente a TLC Pediatrics para beneficios médicos. Entiendo que cualquier dinero recibido del proveedor de seguridad mas allá de mi deuda me será reembolsado cuando mi factura sea pagada en su totalidad. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos y que sere responsable de los honorarios de combranza, honorarios de abogados o costos judiciales en caso de que mi cuenta se vulva atrasada. Entiendo que todos los pagos por los servicios prestados se esperan al momento del servicio.

**Fecha de firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_.**

**TLC Pediatría**  
**FORMULARIO HIPAA**

**Aviso de prácticas de privacidad**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

**USOS Y DIVULGACIONES**

**Tratamiento:** Su información de salud puede ser utilizada por miembros del personal o divulgada a otros profesionales de la salud con el fin de evaluar su salud, diagnosticar afecciones médicas y proporcionar tratamiento. Por ejemplo, los resultados de las pruebas de laboratorio y los procedimientos estarán disponibles en su registro médico para todos los profesionales de la salud que puedan proporcionar tratamiento o que puedan ser consultados por miembros del personal.

**Pago:** Su información de salud puede ser utilizada para solicitar el pago de su plan de salud, de otras fuentes de cobertura, como una aseguradora de automóviles, o de compañías de tarjetas de crédito que usted puede utilizar para pagar los servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar y recibir información sobre las fechas de servicio, los servicios prestados y la afección médica que se está tratando.

**Operaciones de atención médica:** Su información de salud puede usarse según sea necesario para apoyar las actividades diarias y el manejo de TLC Pediatrics. Por ejemplo, la información sobre los servicios que recibió se puede utilizar para apoyar el presupuesto y los informes financieros, y las actividades para evaluar y promover la calidad.

**Aplicación de la ley:** Su información de salud puede ser divulgada a las agencias de aplicación de la ley, sin su permiso, para apoyar auditorías e inspecciones gubernamentales, para facilitar las investigaciones policiales y para cumplir con los informes obligatorios del gobierno.

**Informes de salud pública:** Su información de salud puede ser divulgada a agencias de salud pública según lo exija la ley. Por ejemplo, estamos obligados a reportar ciertas enfermedades transmisibles al departamento de salud pública del estado.

**Otros usos y divulgaciones requieren su autorización:** La divulgación de su información de salud o su uso para cualquier propósito que no sea el mencionado anteriormente requiere su autorización específica por escrito. Si cambia de opinión después de su decisión de revocar la autorización, no afectará ni deshará ningún uso de la divulgación de información que haya ocurrido antes de que nos notificara su decisión.

**USOS ADICIONALES DE LA INFORMACIÓN**

**Información sobre tratamientos: su información** de salud puede ser utilizada para enviar su información sobre el tratamiento y manejo de su condición médica que usted pueda encontrar de interés. También podemos enviarle información que describa otros bienes y servicios relacionados con la salud que creemos que pueden interesarle.

**DERECHOS INDIVIDUALES**

Usted tiene ciertos derechos bajo los estándares federales de privacidad. Estos incluyen:

- \*\*El derecho a solicitar restricciones sobre el uso y divulgación de su información médica protegida
- \*\* El derecho a recibir comunicaciones confidenciales sobre su condición médica y tratamiento
- \*\*El derecho a inspeccionar y copiar su información médica protegida
- \*\*El derecho a enmendar o enviar correcciones a su información médica protegida
- \*\*El derecho a recibir un informe de cómo y a quién protegió la información de salud ha sido divulgada
- \*\*El derecho a recibir una copia impresa de este aviso

**NOTA:** Hay un cargo por copiar un registro médico o cualquier parte de un registro médico. Todas las tarifas serán dolorosas por adelantado. Esta tarifa es establecida por el Estado de Alabama.

**DEBERES DE TLC PEDIATRÍA**

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información médica protegida y a proporcionarle este aviso de prácticas de privacidad. También estamos obligados a cumplir con las políticas y prácticas de privacidad que se describen en este aviso.

**DERECHO A REVISAR LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Según lo permitido por la ley, nos reservamos el derecho de enmendar o modificar nuestras políticas y prácticas de privacidad. Estos cambios en nuestras políticas y prácticas pueden ser requeridos por cambios en las leyes y regulaciones federales y estatales.

Cualquiera que sea el motivo de las revisiones, le proporcionaremos un aviso revisado en su próxima visita al consultorio. Las políticas y prácticas revisadas se aplicarán a toda la información de salud protegida que mantenemos.

#### **SOLICITUDES PARA INSPECCIONAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Según lo permitido por la regulación federal, requerimos que las solicitudes para inspeccionar o copiar información médica protegida se presenten por escrito. Puede obtener un formulario para solicitar acceso a sus registros comunicándose con el oficial de privacidad.

#### **QUEJAS**

Si desea enviar un comentario o queja sobre nuestras prácticas de privacidad, puede hacerlo enviando una carta que describa su inquietud a: Privacy Officer, TLC Pediatrics, 22335 US Hwy 72 E. Ste C, Athens, AL 35613. Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, debe llamar nuestra atención sobre el asunto enviando una carta que describa la causa de su preocupación a la misma dirección. No se le penalizará ni se tomarán represalias por presentar una queja.

#### **PERSONA DE CONTACTO**

El nombre y la dirección de la persona con la que puede ponerse en contacto para obtener más información sobre nuestra práctica de privacidad es: Oficial de privacidad, TLC Pediatrics, 22335 US Hwy 72 E. Ste C, Athens, AL 35613, (256) 870-4111

#### **FECHA DE ENTRADA EN VIGOR**

Este Aviso es efectivo a partir del 1 de mayo de 2020

**TLC Pediatría**

Formulario de registro de pacientes nuevos 3 de 5

Registro de evaluación de Elegibilidad del paciente

Programa de vacunas para niños de Alabama

Nombre de Nino(a) \_\_\_\_\_, fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de padre/tutor legal/persona de registro: \_\_\_\_\_

Este niño califica para las vacunas a través del programa VFC (por favor marque en un círculo si corresponde) porque él / ella

- A. Está inscrito en Medicaid
- B. No tiene seguro médico
- C. Es indio americano o nativo de Alaska
- D. No tiene Medicaid (saltar a EPSDT Child Health Medical Record)

.....

**Divulgación de información del programa Medicaid**

Yo, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**Nombre Relación    Nombre del niño**

Un participante calificado en el Programa de Medicaid de Alabama, por la presente acepta la divulgación de los registros de mi hijo a la Agencia de Medicaid de Alabama y a cualquier contratista o subcontratista participante con su atención médica y seguimiento. También estoy de acuerdo con la divulgación de cualquier registro del programa relacionado con mi hijo.

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma del padre/tutor o custodio

\_\_\_\_\_  
Fecha del testigo

.....

**Registro médico de salud infantil EPSDT**

**TLC Pediatría**

Formulario de registro de pacientes nuevos 4 de 5

**Registro de evaluación de elegibilidad del paciente**

Programa de Vacunas para Niños de Alabama

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Padre/Tutor/Individuo \_\_\_\_\_ de registro Nombre: \_\_\_\_\_

Este niño califica para las vacunas a través del programa VFC (por favor marque en un círculo si corresponde) porque él / ella

- E. Está inscrito en Medicaid
- F. No tiene seguro médico
- G. Es indio americano o nativo de Alaska
- H. No tiene Medicaid (saltar a EPSDT Child Health Medical Record)

.....

**Divulgación de información del programa Medicaid**

Yo, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**Nombre Relación Nombre del niño**

Un participante calificado en el Programa de Medicaid de Alabama, por la presente acepta la divulgación de los registros de mi hijo a la Agencia de Medicaid de Alabama y a cualquier contratista o subcontratista participante con su atención médica y seguimiento. También estoy de acuerdo con la divulgación de cualquier registro del programa relacionado con mi hijo.

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma del padre/tutor o custodio

\_\_\_\_\_  
Fecha del testigo

.....

**Registro médico de salud infantil EPSDT**

Doy permiso para que el niño cuyo nombre está en este registro reciba servicios en TLC Pediatrics. Entiendo que él/ella recibirá pruebas, vacunas y exámenes, incluidos exámenes físicos / exámenes. Entiendo que se espera que siga planes que sean mutuamente acordados entre el personal de salud y yo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Firma Relación a paciente Fecha de hoy

**TLC Pediatría**

Formulario de registro de pacientes nuevos 5 de 5

**Llamadas fuera de horario**

Yo \_\_\_\_\_, padre/tutor legal,/custodio legal.

(su nombre)

Entiendo que las Llamadas fuera de hora son de emergencia. Todas las llamas después de hora están sujetas a un cargo de \$10.00. Si necesitas un horario fuera de horario, llame, estamos aquí para ayudarlo, pero tenga en cuenta que las llamadas fuera de horario no son para:

- Recarga de medicamentos
- Solicite una cita
- Solicitar tarjeta azul

Los medicamentos solo se llamarán después de horas en una base de caso por caso.

\_\_\_\_\_

**Fecha de firma del padre/tutor**

\_\_\_\_\_

**Fecha de hoy**

.....

¿Podemos dejar recordatorios de texto y dejar un mensaje de voz en su teléfono? Firme si es así para ambos

\_\_\_\_\_

**Fecha de firma del padre/tutor**

\_\_\_\_\_

**Fecha de hoy**

**Farmacia Preferida**

Por favor, enumere debajo de su farmacia principal y luego, si tiene otros 2 o por correo, enumere también esas.

Farmacia preferida: \_\_\_\_\_

2ª Farmacia: \_\_\_\_\_

3ª Farmacia: \_\_\_\_\_

Correo de farmacia: \_\_\_\_\_



TLC Pediatría



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

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

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

Entendemos que las cosas surgen. Sin embargo, por favor respete nuestro tiempo también. Una simple llamada, mensaje de texto o correo electrónico podría hacernos saber que no puede hacer la hora de su cita. Si no se comunica con nuestra oficina antes de su cita para reprogramar, puede estar sujeto a un cargo por No Llamar / No Presentarse. Esta tarifa será de \$ 30.00 cada vez y la tercera vez que no se presente / no llame puede estar sujeto a ser dado de alta como paciente.

Firma de los padres: \_\_\_\_\_, Fecha de hoy \_\_\_\_\_

