

TLC PEDIATRIC MEDICAL GROUP PATIENT REGISTRATION FORM

Apellido : _____
Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado, Código: _____
Sexo: [] M [] F

Fecha de Nacimiento: _____
Seguro Social: _____
de Teléfono Principal: _____
de Teléfono secundario: _____
Correo Electrónico: _____
Farmacia: _____ # de Teléfono: _____
Dirección (si disponible): _____
Ciudad, Estado, Código: _____

<u>Nombre De Hermanos</u>	<u>Sexo</u>	
_____	[] M [] F	Fecha De Nacimiento: _____
_____	[] M [] F	Fecha De Nacimiento: _____
_____	[] M [] F	Fecha De Nacimiento: _____

PERSONA RESPONSABLE

Información de Madre/Tutor
Nombre: _____
Casa # _____ Celular # _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado, código: _____
Fecha De Nacimiento _____
Seguro Social _____
De Licencia de Manejo _____
Empleo _____
Dirección _____
De Teléfono _____

Información De Padre/Tutor
Nombre: _____
Casa # _____ Celular # _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado, Código: _____
Fecha De Nacimiento _____
Seguro Social _____
de Licencia de Manejo _____
Empleo _____
Dirección _____
de Teléfono _____

INFORMACION DE ASEGURANZA

Aseguranza Principal: _____
Nombre del Asegurado: _____
Co pago: _____

¿Si el padre o la madre no viven juntos o el niño(a) no vive con los padres, cual es el estado de la custodia? Padres Adoptivos
 Custodia Compartida Tutor Custodia Sola (Quien)?

TLC Pediatric Medical Group y Associates
Practicantes, tienen licencia certificada de Condado
del Estado de California, por favor de ver los
Certificados en el corredor de espalda. Gracias.

INFORMACION EN CASO DE EMERGENCIA

Quien puede ser contactado en caso de emergencia aparte de los padres? Telefono de casa _____
Nombre: _____ Celular _____
Relacion al paciente: _____ Telefono de trabajo _____

AUTORIZACION PARA RECIBIR TRATAMIENTO MEDICO Y ENTREGAR INFORMACION

Yo autorizo a TLC de proveer cuidado para mi hijo(a) y por la presente autorizo a TLC de entregar Información Medical que sea necesaria para procesar el reclamo de la aseguranza.

Firma: _____ Fecha: _____

Cualquier copago o deducible será pagado al tiempo de la visita por la persona que traiga al paciente a nuestra oficina no importa la relación.

Historial Medico

Formulario completado por: _____ Fecha en que lo completo _____

Nombre _____

No. de Identificacion _____

Fecha de Nacimiento _____

Edad _____

H / M _____

Hogar

Favor de nombrar a todas las personas que vivan en el hogar del niño (a).

Nombre	Relacion con el niño (a)	Fecha de nacimiento	Problemas de salud

Tiene otros niños que no nombro? Si es así escriba nombre, edad y donde viven. _____

Si el padre o la madre no viven juntos o el niño (a) no vive con los padres, cual es el estado de la custodia? _____

Si el padre o la madre no viven en el hogar, o los dos, que tan seguido el niño (a) ve al que vive fuera de hogar? _____

Historial del Nacimiento

Peso al nacer _____

Termino del nacimiento Adelantado? _____ Atrasado? _____

Si se adelanto, cuantas semanas de gestacion? _____

La madre tuvo algun problema medico o enfermedad durante el embarazo?

Si No Explique _____

Durante el embarazo, la madre

Fumo Si No Tomo alcohol Si No

Uso drogas o medicamentos Si No

Que _____ Cuando _____

El nacimiento fue Vaginal? Cesarea?

Si fue cesarea por que? _____

El bebe tuvo algun problema despues de nacer?

Si No Explique _____

Cual fue el primer alimento Pecho? Botella?

El bebe regreso a casa con la madre

Si No Explique _____

Informacion General

Considera a su hijo (a) con buena salud? Si No Explique _____

Tiene su hijo (a) algun problema de salud o enfermedad? Si No Explique _____

Su hijo (a) a sufrido algun accidente? Si No Explique _____

Su hijo (a) ha tenido alguna operacion? Si No Explique _____

Su hijo (a) a estado hospitalizado? Si No Explique _____

Es su hijo (a) alergico a algun medicamento? Si No Explique _____

Desarrollo

Tiene alguna duda acerca del desarrollo fisico de su hijo (a)? Si No Explique _____

Tiene alguna duda acerca del desarrollo mental o emocional de su hijo (a)? Si No Explique _____

Tiene alguna duda acerca de la conducta de su hijo (a)? Si No Explique _____

Si su hijo (a) va a la escuela:

Como es su comportamiento en la escuela? _____

Ha reprobado algun grado? _____

Como va academicamente? _____

Esta en alguna clase de educacion especial? _____

Historial Familiar

Algun miembro de su familia tiene lo siguiente:

Sordera	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Alergias Nasales	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Astma	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Enfermedad del Corazon (antes de los 50 años)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Alta Presion (antes de los 50 años)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Alto Colesterol	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Anemia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Sangrado anormal	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Enfermedad del Hígado	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Diabetes (antes de los 50 años)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Orinar en la cama (mayor de 10 años)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Epilepsia o Convulsiones	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Abuso de alcohol	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Abuso de drogas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Enfermedad Mental	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Retrazo Mental	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Problemas inmunes. VIH o Sida	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Historial medico familiar _____				

Historial Pasado

Su hijo (a) tiene o ha tenido:

Varicela	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quando _____
Frecuente infeccion de oídos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Problema con los orejas o al oír	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Problemas con los ojos o la vision	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Alergias nasales	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Astma, bronquitis, bronconeumonia o neumonia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Algun problema del Corazon	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Anemia o problema de sangrado	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Frecuente dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Estreñimiento que requiera visitas al medico	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Infeccion en la vejiga o del riñon	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Orinar en la cama (Despues de 5 años)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
(Para niñas) Ha comenzado con su periodo?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quando _____
(Para niñas) Hay problemas con su periodo?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Algun problema cronico o presente en la piel (acne, eczema, etc.)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Frecuentes dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Convulsiones u otros problemas neurologicos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Diabetes	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Tiroides u otro problema endocrino	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Explique _____

Póliza Financiera

Estamos dedicados a proporcionar el mejor cuidado médico. Necesitamos que nuestros pacientes entiendan el plan de cobro de esta institución.

Su obligación de pago será cobrada el día de su cita, a no ser que se haya realizado un arreglo previo. Para su conveniencia aceptamos tarjetas de crédito Visa, MasterCard, Discovery y tarjetas de cargo a su cuenta bancaria, cheques personales, y dinero en efectivo.

Por favor tenga presente que su póliza de seguro médico es un contrato entre usted y dicha compañía de seguro. Es su responsabilidad conocer su plan y sus beneficios. Los cargos ocurridos se enviarán a su compañía de seguro médico. Si su compañía de seguro médico no envía el pago de servicios facturados en 90 (noventa) días tal cuenta se convierte en su responsabilidad. Le re-embolsaremos cualquier cantidad monetaria si recibimos pago en exceso de su compañía de seguro.

Para aquellos que están asociados a un plan médico HMO, PPO u otro su co-pago y deducible serán su responsabilidad el día de su cita.

No todas las compañías cubren todos los cargos incurridos. Usted será responsable por todos los cargos no cubiertos por dicha compañía. El pago debe ser enviado a nuestra oficina cuando usted lo ha recibido.

Un cargo adicional de \$20.00 será cargado a su cuenta por cada cheque devuelto por su banco.

Nosotros entendemos que hay veces que no va poder acudir a su cita con su médico. Se requiere por lo menos 24 horas de aviso si no puede acudir a su cita. Esto nos proporciona poder ofrecer esta cita a otro paciente.

Un padre, tutor o adulto autorizado tiene que acompañar a todos los pacientes menores de edad. El adulto acompañando al paciente es el responsable de pagar el co-pago sin importar la relación. Si usted decide mandar al paciente a nuestra oficina con otro adulto que no sea autorizado, nuestra oficina tiene que tener un permiso por escrito en el archivo del paciente para poder atenderlo.

Hé leído y entiendo la póliza financiero propuesta. Yo entiendo que en el evento que mi seguro niegue pago, ya sea parte o todo, yo soy responsable por pagar en completo. Por la presente autorizo pago directo de beneficios por seguro directamente al doctor quien proporciono los servicios. Por la presente autorizo la divulgación de información médica necesaria para procesar la reclamación de facturación.

Firma: _____ Fecha: _____



TLC MEDICAL GROUP, INC.

HIPAA Aviso de Prácticas de Privacidad.

Aviso: Todos los médicos en TLC Pediatric Medical Group tienen licencia y certificado por la Junta. Todos los certificados se muestran en el pasillo por el laboratorio. Si está interesado en disponer de credenciales, por favor pregunte a nuestro personal para dirigir a ellos.

HIPAA ACEPTACIÓN:

Por la presente reconozco que he recibido una copia del Aviso de Privacidad de esta práctica médica. Además reconozco que una copia de la notificación actual se puede encontrar en la zona de recepción. Tuve la oportunidad de leer el cartel en el momento de mi llegada. TLC ofrecerá una copia de cualquier aviso modificado de privacidad a medida que ocurren. Autorizo que TLC Pediátrica me envíe por correo electrónico la notificación, según sea necesario.

Doy a TLC Pediatric mi permiso para divulgar la información médica relacionada con mi hijo o los niños que utilizan las pautas de HIPAA.

Por favor firme esta nota para el expediente de su hijo.

Nombre del Paciente: _____

Persona Responsable: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Relación al paciente: _____

