

TLC Pediatrics

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

256-870-4111

Información de Paciente

Nombre de Paciente: _____ Nombre preferido de su hijo(a): _____,

Dirección de domicilio: _____,

Cuidad: _____ Estado: _____ Código postal: _____,

Fecha de Nacimiento _____ Sexo M F Idioma preferida: _____,

Numero celular: _____ Numero de Casa: _____,

Raza: Indio Americano o nativo de Alaska Americano Africano Asiático Hispano Hawaiano Desconocido

Etnicidad: Origen Hispano Origen No Hispano Rechazado por el cliente

Nombre de Padre: _____ Nombre de Madre: _____,

Fecha de nacimiento: _____ Fecha de nacimiento: _____,

Numero de trabajo: _____ Numero de trabajo: _____,

Numero celular: _____ Numero celular: _____,

Correo electrónico: _____ Correo electrónico: _____,

Contacto de emergencia: _____ Relación a paciente: _____,

Numero de casa: _____ Numero celular: _____ Numero de trabajo: _____,

Parientes que atendemos en clínica: _____,

Informacion de la Seguridad

Seguranza principal

Seguranza secundaria

Titular de la póliza: _____

Titular de la póliza:

Proveedor de seguridad: _____

Proveedor de seguridad:

Numero de póliza: _____

Numero de póliza:

Numero de Grupo: _____

Numero de Grupo:

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Nacimiento:

Firma: _____

Fecha de hoy: _____,

Liberación de seguridad: Por la presente autorizo a TLC Pediatrics a proporcionar al proveedor de seguridad mencionada anteriormente toda la información que puedan 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 Paciente Nuevo 2 de 6

Paciente menor o Pediatrico

Yo, _____, padre/Tutor legal/ Custodio legal/ Cuidador(a) de _____ ,
(su nombre) (nombre de su hijo)

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).

Libero a TLC Pediatrics y sus oficiales de salud, empleados y agentes de mi responsabilidad como resultado del uso de este formulario. Por la presente, autorizo el pago de los beneficios de la seguridad a la clínica mencionada anteriormente para divulgar cualquier información adquirida durante el examen o el tratamiento para que los beneficios de la seguridad puedan archivarse de manera rápida y correcta.

Además, autorice a las siguientes personas que se enumeran a continuación 1) para firmar los documentos necesarios en visitas posteriores, 2) leer y firmar las declaraciones de información requeridas antes de que se puedan administrar las vacunas, y 3) para informar a la enfermera de cualesquiera condiciones posteriores a tratamientos o vacunas previas que evitarían que mi hijo(a) reciba mas tratamientos o vacunas en una visita posterior que se realizara en mi ausencia. La información dada a las personas enumeradas a continuación y la firma hecha por ellas tendrá el mismo efecto que si hubiera recibido personalmente la información y haya firmado por nombre en cualquier documento en nombre de mi hijo(a).

Las personas autorizadas a llevar a mi hijo(a) 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 PRACTICAS DE PRIVACIDAD FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO ESCRITO

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 más 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 seré responsable de los honorarios de cobranza, honorarios de abogados o costos judiciales en caso de que mi cuenta se vuelva atrasada. Entiendo que todos los pagos por los servicios prestados se esperan al momento del servicio.

Firma de Padre/Tutor Legal

Fecha de hoy

TLC Pediatrics

Formulario de Registro de Paciente Nuevo 3 de 6

Registro de Evaluación de Elegibilidad del Paciente

Programa de vacunas para niños de Alabama

Nombre de Niño(a): _____, Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de padre/tutor legal/persona de registro: _____

Este niño(a) califica para vacunas a través del programa VFC(marque con un circulo si corresponde) porque el-ella

- A. Esta inscrito en Medicaid
- B. No tiene seguro de salud
- C. Es Indio Americano o Nativo de Alaska
- D. No tiene Medicaid(pase al Registro Medico de Salud Infantil EPST)

Programa de Medicaid Divulgación de información

Yo, _____, de _____
Nombre relación de paciente Nombre de hijo(a)

Un participante calificado en el Programa de Medicaid de Alabama, acepta la divulgación de los registros de mi hijo a la Agencia de Medicaid de Alabama y a los contratistas o subcontratistas participantes con su atención médica y seguimiento. También estoy de acuerdo con la publicación de cualquier registro del programa relacionado con mi hijo(a).

Firma de Padre/Tutor legal/Custodio legal Fecha de Hoy

Firma de Testigo Fecha de Hoy

EPSDT Registro Médico de Salud Infantil

Doy permiso para que el niño cuyo nombre figura 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 los planes acordados mutuamente entre el personal de salud y yo.

Firma Relación a paciente Fecha de hoy

TLC Pediatrics

Formulario de Registro de Paciente Nuevo 4 de 6

Llamadas Fuera de Hora

Yo, _____, padre / tutor legal / custodio legal / cuidador de
(Tu nombre)

_____, fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

(El nombre del niño)

entiendo que Las Llamadas Fuera de Hora son de emergencia. Todas las llamadas después de hora están sujetas a un cargo de \$ 10. Si necesita 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
- Solicitar una cita
- Solicitar tarjeta azul Los medicamentos solo se llamarán después del horario de atención caso por caso.

Firma de Padre/Tutor legal

Fecha de Hoy

Farmacia Preferida

Enumere a continuación su farmacia principal y luego, si tiene otras 2 o por correo, enumere también esas.

Nombre del paciente: _____

Farmacia preferida: _____, Nombres de carreteras: _____

Segunda Farmacia: _____, Nombres de carreteras: _____

Tercera Farmacia: _____, Nombres de carreteras: _____

Farmacia por correo: _____

TLC Pediatrics

Formulario de Registro de Paciente Nuevo 5 de 6

Aviso de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE.

USOS Y DIVULGACIONES

Tratamiento: los miembros del personal pueden usar su información de salud o divulgarla 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 los miembros del personal.

Pago: Su información de salud puede usarse 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 puede usar 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 se puede usar según sea necesario para respaldar las actividades diarias y el manejo de TLC Pediatrics. Por ejemplo, la información sobre los servicios que recibió puede usarse para respaldar la elaboración de presupuestos y los informes financieros, y las actividades para evaluar y promover la calidad.

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

Informes de salud pública: su información de salud puede divulgarse a agencias de salud pública según lo exija la ley. Por ejemplo, estamos obligados a informar 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 otro 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, esto no afectará ni anulará el uso de la divulgación de información que ocurrió antes de notificarnos su decisión.

USOS ADICIONALES DE INFORMACIÓN

Información sobre tratamientos: su información de salud puede usarse para enviar su información sobre el tratamiento y el manejo de su afección médica que pueda ser de su interés. También podemos enviarle información que describe otros bienes y servicios relacionados con la salud que creemos que pueden interesarle.

DERECHOS INDIVIDUALES

Tiene ciertos derechos bajo los estándares federales de privacidad. Éstas incluyen:

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

TLC Pediatrics

Formulario de Registro de Paciente Nuevo 6 de 6

NOTA: Se cobra 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.

DERECHOS PEDIÁTRICOS DE TLC

La ley nos exige mantener la privacidad de su información de salud protegida y 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 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 DE SALUD PROTEGIDA

Según lo permitido por la regulación federal, exigimos que las solicitudes de inspección o copia de la información médica protegida se presenten por escrito. Puede obtener un formulario para solicitar acceso a sus registros contactando al oficial de privacidad.

QUEJAS

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

PERSONA DE CONTACTO

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

FECHA EFECTIVA

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

Firma del Padre/Tutor legal

Fecha de Hoy