



## Formulario de Registro

### Nombre del Paciente (s)

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

|    | Apellido | Nombre | Sexo | Fecha de Nacimiento |
|----|----------|--------|------|---------------------|
| 1. | _____    | _____  | M F  | ____/____/____      |
| 2. | _____    | _____  | M F  | ____/____/____      |
| 3. | _____    | _____  | M F  | ____/____/____      |

### Información de los Padres:

Nombre Padre/ Madre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
Calle, Ciudad, Estado, Código Postal

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono casa \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre Padre/ Madre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono casa \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Quién tiene la custodia del niño (a)? \_\_\_\_\_

Seguro Médico \_\_\_\_\_

Nombre principal seguro y fecha de nacimiento

Contacto 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: \_\_\_\_\_

**Raza y Origen Étnico:** ☐ Prefiere NO contestar

☐ Nativo Americano o de Alaska ☐ Asiático ☐ Afro-Americano ☐ Hawaiana Nativa/Pacífico islandés

☐ Caucásica ☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano ☐ Desconocido ☐ Desconocido ☐ No Hispano

☐ Prefiero no responder Idioma preferido: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
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](http://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 mi 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.

En adición, autorizo a TLC Pediatrics a evaluar y proveer tratamiento a mi hijo (os)

\_\_\_\_\_  
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](http://www.tlcpediatrics.org)



## **AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD & Derechos de Pacientes**

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

**Padre/ Madre**

**TLC PEDIATRICS, LLC**

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