2115 SE Lennard Rd, Port St. Lucie, FL -34952 Teléfono: 772-335-1812 Fax: 772-335-1825

Información para nuevos pacientes

Nombre del paciente: Nombre_____ Inicial___ Apellido: _____
Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____
Idioma Primario: _____ Vives con Padres o Guardián (especificar): _____
*Origen Étnico (encierra en un círculo): Hispano o no Hispano
*Raza (Círculo): Blanco / Hawaiana-Pacífica Isleño / Afro Americano / Estadounidense Indio /Alaskeño
**Garante: _____

Nombre del paciente: Nombre_____ Inicial___ Apellido: _____
Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____
Idioma Primario: _____ Vives con Padres o Guardián (especificar): _____
*Origen Étnico (encierra en un círculo): Hispano o no Hispano
*Raza (Círculo): Blanco / Hawaiana-Pacífica Isleño / Afro Americano / Estadounidense Indio /Alaskeño
**Garante: _____

Nombre del paciente: Nombre_____ Inicial___ Apellido: _____
Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____
Idioma Primario: _____ Vives con Padres o Guardián (especificar): _____
*Origen Étnico (encierra en un círculo): Hispano o no Hispano
*Raza (Círculo): Blanco / Hawaiana-Pacífica Isleño / Afro Americano / Estadounidense Indio/Alaskeño
**Garante: _____

Nombre del paciente: Nombre_____ Inicial___ Apellido: _____
Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____
Idioma Primario: _____ Vives con Padres o Guardián (especificar): _____
*Origen Étnico (encierra en un círculo): Hispano o no hispano
*Raza (Círculo): Blanco / Hawaiana-Pacífica Isleño / Afro Americano / Estadounidense Indio/Alaskeño
**Garante: _____

(*) Indica opcional Información solicitada bajo el Asequible Cuidado Acto
(**) Garante es el contacto con financiero responsabilidad por médico cuidado

Primario Seguro:

Política Nombre del titular: _____ Póliza Fecha de nacimiento del titular: _____ Sexo:_____
Seguro Operador: _____ ID# _____ Grupo # _____
Seguro dirección: _____

2115 SE Lennard Rd, Port St. Lucie, FL -34952 Teléfono: 772-335-1812 Fax: 772-335-1825

Por favor complete todo elementos para cada padre **Biológico** o tutor **Legal**.

Nombre del padre/madre: Nombre:_____ Apellido: _____
Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____
Dirección: _____ Relación al paciente: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____ Teléfono del trabajo: _____
Dirección de correo electrónico: ____ _____ Vive con el paciente: _____
Empleador: _____ Ocupación: _____

Nombre del padre/madre: Nombre:_____ Apellido: _____
Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____
Dirección: _____ Relación al paciente: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____ Teléfono del trabajo:_____
Dirección de correo electrónico: _____ Vive con el paciente: _____
Empleador: _____ Ocupación: _____

Método de contacto preferido: Teléfono Correo electrónico Mensaje de texto

Privilegiado Teléfono Número: Inicio Celular Trabajo

_____ _____ _____

Nombre de Padre Completar el formulario (Por favor Imprimir) **Firma** **Fecha**

Contactos de Emergencia (NO Padres/Tutores) – Requerido

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Nombre: _____ Numero de Teléfono: _____
Relación al Paciente: _____

Nombre: _____Numero de Teléfono: _____
Relación al Paciente: _____

*Estos contactos son para nuestra oficina, en caso de que no podemos comunicarnos con los padres o guardián.
**Si usted quería como a electo una persona a que Traiga a su hijo/a las citas, por favor completa la forma de Autorización para tratar a un menor.

2115 SE Lennard Rd, Port St. Lucie, FL -34952 Teléfono: 772-335-1812 Fax: 772-335-1825

Antecedentes médicos: _____

_____

_____

_____

Historia familiar: (Verifique el siguiente historial médico que se ha presentado en la familia del niño)

Enfermedad	Madre	Padre	Pariente consanguíneo	Ninguno	Enfermedad	Madre	Padre	Pariente consanguíneo	Ninguno
Asma	☐	☐	☐	☐	**Enfermedades cardíacas**	☐	☐	☐	☐
Cáncer	☐	☐	☐	☐	**Hipertensión**	☐	☐	☐	☐
Diabetes	☐	☐	☐	☐	**Convulsiones**	☐	☐	☐	☐
Muerte prematura	☐	☐	☐	☐					

Comentarios adicionales: _____
Enfermedades crónicas en algún hermano/a:_____
Alergias conocidas: _____ Enfermedades crónicas conocidas: _____
Hospitalizaciones (si las hubo): _____ Motivos: _____
Cirugías previas: _____ Cuándo: _____
Vacunas: Al día _____ (por favor, entregue los registros en recepción) Desconocido _____

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

TENDER CARE PEDIATRICS

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y AUTORIZACIÓN Y CESIÓN DEL SEGURO **(Por favor, lea y firme)**

1. El paciente o su representante, reconociendo la necesidad de atención, da su consentimiento para que **TENDER CARE PEDIATRICS** preste sus servicios según lo ordenado por el médico, incluyendo procedimientos de laboratorio, tratamiento médico, administración de vacunas, tratamiento quirúrgico menor o de emergencia, examen u otros servicios prestados bajo las instrucciones generales y específicas del médico.

2. Por la presente, autorizo **a TENDER CARE PEDIATRICS** a proporcionar información a las compañías de seguros sobre mi enfermedad y tratamiento, y cedo al/los médico/s todos los pagos por los servicios médicos prestados a mí o a mis dependientes. Entiendo que soy responsable de cualquier importe no cubierto por el seguro.

_____ _____
Firma del padre/madre o tutor legal Fecha

2115 SE Lennard Rd, Port St. Lucie, FL -34952 Teléfono: 772-335-1812 Fax: 772-335-1825

Autorización para tratar a un menor (cuidador alternativo)

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Yo autorizo las/la persona(s) listado abajo a acompañar mi niño y autorizar tratamiento para mi hijo en acuerdo con el Política de oficina de Tender Care Pediatría. Este incluye traer el niño a la oficina, proporcionar un preciso médico historia, revelar protegido salud información, consentir a vacunas y a cualquier procedimiento y presenciando cualquier examen físico por el proveedor. Este adulto tiene la responsabilidad a diagnósticos de relés y tratamiento planes a el padre o la madre legal guardián. Este adulto también puede hacer, cambiar, o cancelar equipo, administrar salud formularios, y elegir arriba recetas para el niño. Yo acepto a continuar para cumplir con la política financiera.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Teléfono: _____ Relación al paciente: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Teléfono: _____ Relación al paciente: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Teléfono: _____ Relación al paciente: _____

Certifico que soy el padre o tutor legal de los siguientes niños mencionados anteriormente y que tengo la autoridad legal para hacer este acuerdo. Entiendo que puedo revocar esta autorización para cualquiera o para todas las personas en cualquier momento.

Nombre del padre/madre: _____ Número de teléfono: _____

Firma: _____ Fecha: _____

RECONOCIMIENTO DE NUESTRO AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Por la presente reconozco que he recibido o se me ha dado la oportunidad de recibir una copia de Aviso de prácticas de privacidad de Tender Care Pediatrics. Al firmar a continuación, solo estoy dando mi consentimiento que he recibido o he tenido la oportunidad de recibir el Aviso de nuestra Política de Privacidad. Prácticas.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____ Fecha: _____

Nombre del padre, madre o tutor legal (en letra de imprenta): _____

Firma: _____

2115 SE Lennard Rd, Port St. Lucie, FL -34952 Teléfono: 772-335-1812 Fax: 772-335-1825

Política de vacunación de Tender Care Pediatrics

En Tender Care Pediatrics, nos dedicamos a brindar a nuestros pacientes atención médica de la más alta calidad basada en la evidencia. Esto incluye nuestro cumplimiento del calendario de vacunación recomendado por organizaciones nacionales como la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP) y el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP).

Estas prestigiosas organizaciones y comités incluyen paneles de expertos en pediatría y enfermedades infecciosas. Su objetivo es eliminar o minimizar las enfermedades graves prevenibles, promoviendo así la salud de todos los niños. Estos expertos nacionales analizan periódicamente la información y la investigación disponibles, monitorean la prevalencia de enfermedades prevenibles mediante vacunación y analizan los eventos adversos graves reportados tras la administración de vacunas. Esta información se utiliza para crear el mejor calendario de vacunación para proteger a los niños. Cabe destacar que existen vacunas utilizadas en otros países que no se utilizan de forma rutinaria en Estados Unidos para proteger a esos niños de aún más enfermedades.

En Tender Care Pediatrics nos esforzamos por brindar la atención de la más alta calidad, respetando siempre los deseos de los padres. Si una familia desea modificar el calendario de vacunación o suspender todas las vacunas recomendadas, en Tender Care Pediatrics consideramos que esta decisión no solo pone a su hijo en riesgo de contraer enfermedades graves prevenibles, sino que también contribuye al riesgo para la salud de los demás.

Le informamos que si desea un calendario de vacunación alternativo o si decide rechazar las vacunas, lo hace en contra del consejo de Tender Care Pediatrics, la AAP y el ACIP. Consideramos que esta decisión alternativa pone en riesgo a su hijo y a otros, por lo que Tender Care Pediatrics se reserva el derecho de no ser el pediatra de su hijo.

He leído y comprendo la política de vacunación.

_____	_____	_____
Nombre del padre/madre (en letra de imprenta)	Firma del padre/madre	Fecha

2115 SE Lennard Rd, Port St. Lucie, FL -34952 Teléfono: 772-335-1812 Fax: 772-335-1825

Autorización para la divulgación de historiales médicos
Formulario B de HIPAA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre/madre o tutor legal: _____

Esta autorización permite: (nombre del médico anterior y/o nombre del consultorio) **usar o divulgar a:**

_____	Tender Care Pediatrics
Nombre del médico anterior y/o nombre del consultorio	Nuevo proveedor, especialista o persona que recibe la copia
_____	2115 SE Lennard Road
Dirección de la calle	Dirección de la calle
_____	Port St. Lucie, Florida 34952
Ciudad, Estado, Código Postal	Ciudad, Estado, Código Postal
_____-_____-_____ _____-_____-_____	772 - 335 - 1812 772 - 335 - 1825
Teléfono # Fax #	Teléfono # Número de fax

Autorizo a la Dra. Anitha Jagadish y al Dr. Arturo Gamez a divulgar toda la información relativa al paciente mencionado, incluyendo diagnósticos e historiales médicos de cualquier tratamiento o examen realizado, incluyendo, entre otros, cualquier documento protegido por las leyes federales y estatales de Florida, conforme al Estatuto 394.459(9) sobre Registros Psiquiátricos y al Estatuto 381.609(2) sobre Resultados de Pruebas del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (SIDA y afecciones relacionadas). Soy consciente de que la información divulgada en virtud de esta autorización puede ser divulgada nuevamente por el destinatario y podría dejar de estar protegida por la ley HIPAA.

Información que se divulgará/copiará

( ) Todos los registros médicos pertinentes, incluidas las vacunas y las pruebas de laboratorio.

( ) Registros de vacunación, último examen físico, lista de medicamentos*

( ) Otro: _____

Entiendo que esta autorización caducará en seis meses. Asimismo, entiendo que puedo revocarla en cualquier momento durante este periodo notificándolo por escrito a la organización que la proporciona.

Para consultas del paciente o tutor legal / solicitudes de copias: ( ) Marque aquí

Entiendo y acepto que soy responsable financieramente de los siguientes cargos relacionados con mi solicitud: gastos de copiado, incluyendo el costo de los materiales y la mano de obra, y el franqueo correspondiente a la producción de mi información. Entiendo que el costo de este servicio es de $1.00 por página para las primeras 25 páginas, y luego de $0.25 por página a partir de la página siguiente.

Firma del padre/madre o tutor legal: _____ Fecha: _____

Relación al paciente: _____

2115 SE Lennard Rd, Port St. Lucie, FL -34952 Teléfono: 772-335-1812 Fax: 772-335-1825

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA EL REGISTRO DE TARJETA DE CRÉDITO

Utilizamos un servicio llamado Instamed, el cual nos permite procesar su tarjeta de crédito, tarjeta de débito o tarjeta de cuenta de ahorros para gastos de salud (HSA) para realizar cobros, ya sea en el consultorio al momento de recibir el servicio o en una fecha posterior. El número de la tarjeta se almacena de forma segura en un servidor remoto de Instamed y no es visible para nosotros.

Le notificaremos el saldo pendiente una vez que recibamos la explicación de beneficios de su compañía de seguros. Dispondrá de 48 horas para plantear cualquier duda o inquietud; si no recibimos noticias suyas dentro de ese plazo, procederemos a realizar el cargo en su tarjeta de crédito, débito o cuenta de ahorros para gastos de salud (HSA). Nuestro departamento de facturación le enviará un comprobante de cualquier cargo realizado en su tarjeta.
Por favor, indique a continuación cómo desea recibir las notificaciones:

Numero de Teléfono :_____

Correo Electrónico: _____

Al firmar a continuación, usted acepta que se mantenga una tarjeta de crédito registrada para futuros pagos.

_____
Nombre de su hijo(a) (en letra de imprenta)

_____ _____ _____
Su nombre (en letra de imprenta) Firma Fecha de hoy

Por favor, marque con un círculo el tipo de tarjeta:

MASTERCARD VISA DISCOVER

2115 SE Lennard Rd, Port St. Lucie, FL -34952 Teléfono: 772-335-1812 Fax: 772-335-1825

Política de responsabilidad financiera del paciente y su familia.

Gracias por elegirnos como proveedores de atención médica para su hijo. Nos esforzamos por brindar la mejor atención posible para usted y su familia. Es importante que nuestros pacientes comprendan sus responsabilidades financieras. Asegúrese, de traer su tarjeta de seguro vigente a cada cita. Se la pediremos en cada cita, su número de teléfono y dirección actuales para que tengamos el contacto correcto. Para los bebés recién nacidos, asegúrese de agregarlos a su plan de seguro principal en los primeros 30 días de su vida. La primera visita de un recién nacido a nuestra oficina se considera normalmente una visita de seguimiento hospitalario/examen de rutina. Si tiene un seguro secundario, infórmenos y su compañía aseguradora.

Reclamaciones y pagos

Como cortesía, Tender Care Pediatrics presentará las reclamaciones a su compañía de seguros por los servicios prestados.
Sin embargo, tenga en cuenta que usted es financieramente responsable de:

- Cualquier copago requerido por su plan de seguro
- Cualquier deducible anual que no se haya cumplido
- Cualquier cantidad que su compañía de seguros considere que usted es responsable (Coaseguro).
- Cualquier cantidad no cubierta por su plan de seguro
- Cualquier cantidad adeudada tras la cancelación de la cobertura del seguro antes de su visita.

La mayoría de las compañías de seguros no exigen un copago para un examen de rutina. **Sin embargo, si se trata de una afección aguda o crónica, si durante esta visita se aborda un problema médico, habrá un cargo adicional que puede requerir un copago y puede aplicarse a su deducible.**

Expectativas de pago

El pago se debe realizar en el momento en que se prestan los servicios, a menos que se hayan realizado acuerdos previos con nosotros.
Equipo de facturación. Aceptamos cheques, VISA y MasterCard.
Si no tiene seguro o si no podemos verificar su elegibilidad para el seguro, le pedimos que abone la visita en el momento de recibir el servicio.

Citas perdidas y cancelaciones.

Se podrá aplicar una tarifa por "no presentarse" de hasta $25 si falta a una cita sin avisar con al menos 24 horas de anticipación. **Esta** tarifa no es facturable al seguro y se le cobrará directamente a usted. **La tarifa no se aplica a los miembros cubiertos por un plan de Medicaid.** Cualquier paciente o familia que falte también Se cancelarán muchas citas en la consulta.

Facturación y Cobranzas

Nuestro personal de facturación enviará la factura de su cita a su compañía de seguros. Para cualquier paciente Si el saldo pendiente tiene más de 90 días de antigüedad, se le cobrarán $5 mensuales a su cuenta hasta que se pague la totalidad del saldo. Esto es para cubrir el costo de enviar facturas y estados de cuenta adicionales. Si un cheque es devuelto debido a fondos insuficientes, se le cobrará una tarifa de $25 para cubrir los costos bancarios. Si hay dos cheques devueltos tendría que pagar en efectivo o con tarjeta de crédito.

2115 SE Lennard Rd, Port St. Lucie, FL -34952 Teléfono: 772-335-1812 Fax: 772-335-1825

Si actualmente no tiene cobertura de seguro, podemos ofrecerle un descuento por pago directo en la cita. Se cobrará si se paga en el momento de la cita. Por favor, infórmenos cuando llegue a esa cita que Actualmente no tienes seguro.
Si no puede pagar su saldo completo, comuníquese con nuestro departamento de facturación. Es posible que podamos establecer un plan de pago.
un plan de pago para ayudarle. Desafortunadamente, si el saldo de una cuenta no se paga durante un período prolongado de
En ese momento, su caso será remitido a una agencia de cobranza y ya no podremos brindar atención a su hijo. y familia. Si se le envía a cobranza, se agregará un cargo del 30% del saldo a su cuenta.
cubrir los costos de la agencia de cobranza.
Si usted se declara en bancarrota y nuestra práctica figura como acreedora, ya no podremos brindarle atención médica su hijo o familia.

Formularios médicos.
No se cobra por los formularios de salud/vacunación solicitados en el momento de la visita de control; las copias adicionales son gratuitas.
Disponible sin cargo a través de su portal de paciente. Tarifa de $5 por copias impresas adicionales de salud/formularios de vacunación solicitados en momentos distintos a la cita para el control de salud.

Historiales médicos.
Para obtener una copia de su historial médico o el de su hijo/a, necesitaremos una autorización firmada para la divulgación de su historial médico.
formulario. Sin cargo por historiales médicos enviados por fax al consultorio de otro médico. Copias impresas de historiales médicos
Los registros proporcionados al paciente se cobran según las pautas actuales de Florida ($1 por página para los primeros 25 páginas y $0.25 por página por cada página que exceda las 25 páginas). La tarifa debe pagarse al momento de la recepción. Si el paciente es mayor de 18 años, solo le entregaremos los registros a menos que exista una autorización por escrito el permiso para divulgarlo a otras personas.

Por la presente cedo mis beneficios de seguro para que se paguen directamente a Tender Care Pediatrics. Yo Autorizo a Tender Care Pediatrics divulgará la información médica necesaria para procesar mis reclamaciones de servicios recibido. También autorizo a Tender Care Pediatrics a reclamar cualquier pago impago o adjudicado incorrectamente reclamos.

He leído y comprendo la política financiera de la clínica y acepto estar sujeto a sus términos. Asimismo, usted entiende y acepta que dichos términos podrán ser modificados periódicamente *por la clínica.*

Nombre del paciente (por favor, escriba en letra de imprenta): _____

Firma del padre/madre o tutor legal: _____

Fecha: _____

Efectivo: 15/2/2022 — Actualizado: 16/2/2026