Ubicaciones:

1475 Taney Ave, Frederick, MD 21702
504 E. Ridgeville Blvd, Ste 101, Mt. Airy, MD 21771
610 Solarex Ct, Ste 200, Frederick, MD 21703
3020B Ventrie Ct, Myersville, MD 21773
3430 Worthington Blvd, Ste 204, Frederick, MD 21704

Correspondencia:

The Pediatric Center of Frederick
1475 Taney Ave. Ste 201
Frederick, MD 21702

Phone: 301-662-0133
Fax: 301-695-8604

www.thepedcenter.com

Estimado padre, madre o tutor:

¡Bienvenido(a) a The Pediatric Center of Frederick! Nos complace que haya elegido nuestra práctica para brindar atención primaria a su hijo(a), y esperamos trabajar con su familia.

Adjunta a esta carta encontrará información útil para pacientes nuevos.

- **Formulario de Registro del Paciente: Este formulario solicita su dirección y número de teléfono, contactos de emergencia e información del seguro médico. Complete este formulario y entréguelo al personal de nuestra oficina antes de su primera visita o al momento de esta. Lamentablemente, no podemos aceptar este formulario electrónicamente debido a la Información Médica Protegida (PHI) que contiene. Este formulario también está disponible en español.**

- **Autorización para la Divulgación de Expedientes Médicos: Es importante que obtengamos copias de los expedientes médicos anteriores de su hijo(a) de los profesionales que lo(a) hayan atendido anteriormente. Si todavía no ha solicitado la transferencia de los expedientes de su hijo(a), complete un formulario de autorización por separado para cada médico que haya atendido a su hijo(a).**

- **Política Financiera: Tómese un momento para familiarizarse con nuestras expectativas con respecto a la facturación y el pago de los servicios.**

- **Política de Vacunación: Este documento explica nuestra política de vacunación. Léalo detenidamente y comprenda que, si no desea vacunar a su hijo(a), le pediremos que busque atención médica en otro lugar.**

- **Formulario de Reconocimiento de las Políticas Financiera, de Privacidad y de Vacunación: Este documento confirma que ha leído y comprende nuestras políticas financiera, de privacidad y de vacunación. Devuélvalo junto con el Formulario de Registro del Paciente.**

También es importante que se comunique con su compañía de seguros y le informe que The Pediatric Center of Frederick será el proveedor de atención primaria de su hijo(a). Además, asegúrese de traer su(s) tarjeta(s) del seguro y el copago requerido (si corresponde) a cada cita.

Para obtener más información sobre nuestra práctica, incluidos nuestros horarios de atención, ubicaciones y consejos médicos útiles para padres, visite nuestro sitio web en www.thepedcenter.com.

Una vez más, ¡bienvenido(a) a The Pediatric Center of Frederick! Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con nosotros al (301) 662-0133.

Cordialmente,

Los médicos, profesionales de enfermería de práctica avanzada y el personal de The Pediatric Center

Consultorio principal: 1475 Taney Avenue
Frederick, MD 21702

Teléfono: (301) 662-0133
www.thepedcenter.com

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente:	Segundo nombre:	Apellidos:	Apodo:
Fecha de nacimiento:	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	**Celular del paciente (si corresponde):**	
Dirección:			N.º de apto.:
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Idioma preferido:
Teléfono principal:			Profesional de atención primaria:
Farmacia preferida y ubicación:			
Origen étnico (marque uno): ☐ Hispano o latino ☐ No hispano ni latino ☐ Prefiero no responder			
Raza (marque todas las que correspondan): ☐ Indígena americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Isleño del Pacífico ☐ Blanco ☐ Prefiero no responder			

Hermanos

Nombre:	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	Fecha de nacimiento:
Nombre:	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	Fecha de nacimiento:
Nombre:	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	Fecha de nacimiento:
Nombre:	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	Fecha de nacimiento:

DATOS DEL SEGURO

Seguro primario

Nombre de la aseguradora:	N.º de afiliado:	N.º de grupo:
Nombre del titular:	Fecha de nacimiento:	
Relación del titular con el paciente:		

Seguro secundario

Nombre de la aseguradora:	N.º de afiliado:	N.º de grupo:
Nombre del titular:	Fecha de nacimiento:	
Relación del titular con el paciente:		

ACEPTACIÓN

LA POLÍTICA DE NUESTRO CONSULTORIO ESTABLECE QUE EL PADRE, LA MADRE O EL TUTOR QUE SOLICITE TRATAMIENTO PARA EL NIÑO ES RESPONSABLE DE TODOS LOS CARGOS POR LOS SERVICIOS PRESTADOS.

Entiendo que es mi responsabilidad verificar la cobertura del seguro. Si el servicio médico indicado no está cubierto por mi seguro, acepto pagar los cargos correspondientes. Si mi cuenta se remite a una agencia de cobro, acepto pagar todos los honorarios de la agencia, las costas judiciales y los honorarios de abogados. Entiendo que a todas las cuentas con saldos pendientes por más de 30 días se les aplicará un cargo por mora del 1.5% mensual sobre el saldo mensual impago a cargo del paciente. Autorizo a The Pediatric Center of Frederick, LLC, a solicitar en mi nombre los beneficios por los servicios prestados. Solicito que el pago se haga directamente a The Pediatric Center. Confirmo que la información proporcionada sobre mi cobertura es correcta y autorizo la divulgación de toda información necesaria para cualquier reclamación a mi compañía de seguros.

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento del paciente:
Firma del padre, madre, tutor o responsable:	Fecha de hoy:

Nombres de los pacientes (incluya a todos los hermanos a quienes se aplique esta información): _____

_____

DATOS DE LOS PADRES O TUTORES

Padre, madre o tutor n.º 1

Nombre completo:		Fecha de nacimiento:
Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	Relación con el paciente:	N.º de Seguro Social:
Dirección (si es distinta de la del niño):		N.º de apto.:
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono principal:	Teléfono celular:	Teléfono del trabajo:
Correo electrónico:		Empleador:
Recordatorios de citas (elija uno): ☐ Llamada al teléfono principal ☐ Llamada al celular ☐ SMS al celular ☐ Correo electrónico ☐ No recibir		
Avisos (cierres por mal tiempo, citas pendientes, etc.; elija uno): ☐ SMS al celular ☐ Correo electrónico ☐ No recibir		

Padre, madre o tutor n.º 2

Nombre completo:		Fecha de nacimiento:
Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	Relación con el paciente:	N.º de Seguro Social:
Dirección (si es distinta de la del niño):		N.º de apto.:
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono principal:	Teléfono celular:	Teléfono del trabajo:
Correo electrónico:		Empleador:
Recordatorios de citas (elija uno): ☐ Llamada al teléfono principal ☐ Llamada al celular ☐ SMS al celular ☐ Correo electrónico ☐ No recibir		
Avisos (cierres por mal tiempo, citas pendientes, etc.; elija uno): ☐ SMS al celular ☐ Correo electrónico ☐ No recibir		

EMERGENCIA

Indique dos contactos de emergencia que no sean los padres ni los tutores

Nombre:	Relación:	Teléfono:
Nombre:	Relación:	Teléfono:

*Solo para uso del consultorio: ☐ Actualizado en el sistema Iniciales: _____ Fecha: _____

Consultorio principal: 1475 Taney Avenue
Frederick, MD 21702
Teléfono principal: (301) 662-0133
Expedientes médicos: (301) 631-8055
Fax de expedientes médicos: (301) 662-8108
www.thepedcenter.com

Autorización para divulgar información de salud protegida

Si el paciente tiene 18 años o más, debe completar y firmar este formulario. Si es menor de 18 años, debe completarlo y firmarlo su padre, madre o tutor.

Datos del paciente

Apellidos del paciente _____ Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Destinatario u origen de la información

Yo, quien firma a continuación, autorizo a The Pediatric Center of Frederick, LLC:

☐ a enviar copias de los expedientes médicos a: ☐ a obtener copias de los expedientes médicos de:

Nombre de la persona u organización _____

Dirección _____

Teléfono _____

Motivo de la divulgación

☐ Mudanza ☐ Edad del niño ☐ Cambio de seguro ☐ Especialista

☐ Otro (especifique): _____

Información que se divulgará

☐ Vacunas
☐ Registros de consultas en el consultorio
☐ Copias de consultas con otros médicos
☐ Evaluaciones del desarrollo o de conducta (si se permite)
☐ Otra (especifique): _____
☐ Resultados de pruebas de laboratorio
☐ Informes de radiografías
☐ Registros del recién nacido
☐ Resúmenes de hospitalización

Divulgación de información sensible (si corresponde)

Ciertos tipos de información sensible requieren autorización específica para divulgarse. Indique si desea que se incluyan los siguientes tipos de información.

Pruebas o tratamiento del VIH/SIDA	☐ Sí	☐ No	Uso o abuso de sustancias	☐ Sí	☐ No
Embarazo o salud sexual	☐ Sí	☐ No	Información de salud mental o conductual	☐ Sí	☐ No

Firma

Esta autorización vencerá en el plazo de 1 año a partir de la fecha de firma. Entiendo que puedo revocarla mediante un aviso escrito de revocación dirigido a The Pediatric Center of Frederick, LLC.

Firma del padre, madre o tutor, o del paciente de 18 años o más _____ Fecha _____

Nombre en letra de molde _____ Relación con el paciente _____

Nueva dirección para correspondencia (si corresponde) _____

Ubicaciones:

1475 Taney Ave, Frederick, MD 21702
504 E. Ridgeville Blvd, Ste 101, Mt. Airy, MD 21771
610 Solarex Ct, Ste 200, Frederick, MD 21703
3020B Ventrie Ct, Myersville, MD 21773
3430 Worthington Blvd, Ste 204, Frederick, MD 21704

Políticas financieras para pacientes (revisión 1/2025)

Pago puntual

Se requiere el pago total, incluidos los deducibles y copagos, al momento de recibir los servicios, salvo que haya acordado previamente otra forma de pago con nuestra oficina administrativa. The Pediatric Center acepta efectivo, cheques personales y tarjetas de crédito.

Ayúdenos a presentar correctamente las reclamaciones a su compañía de seguros mostrando la tarjeta de seguro de su hijo en cada visita. Como cortesía a nuestros pacientes, hacemos un esfuerzo razonable por presentar reclamaciones a todas las compañías de seguros médicos, incluso aquellas con las que no tenemos contrato. El padre o la madre que traiga al niño para recibir tratamiento deberá pagar el copago o deducible correspondiente.

Cobranza

Los cargos que sigan sin pagarse más de 30 días después de la fecha del servicio se consideran vencidos. Si no se hace ningún esfuerzo por pagar el saldo adeudado, la factura puede pasar a nuestro proceso de cobranza. En ese caso, podemos dejar de atender a la familia y pedir a los padres que busquen atención médica para sus hijos en otro lugar. Si una cuenta se remite a una agencia de cobro, los padres aceptan pagar todos los honorarios de dicha agencia, las costas judiciales y los honorarios de abogados.

No atenderemos a los pacientes para exámenes de rutina, visitas de control del niño sano, evaluaciones ni visitas de seguimiento si su cuenta está en proceso de cobranza.

Cargos de facturación

Se cobrará un cargo de $50.00 por cada cheque que el banco nos devuelva sin pagar.

Cargos por formularios

El costo de completar un formulario (para campamentos, deportes, etc.) es de $10.00. No se cobra si el formulario se completa durante la visita.

Cargo por atención fuera del horario habitual

Los médicos y profesionales de enfermería de práctica avanzada de The Pediatric Center atienden a sus hijos por las tardes, los fines de semana y los días festivos. Desde octubre de 2010, la legislación del estado de Maryland (HB435) exige que muchas aseguradoras paguen un cargo adicional a los médicos de atención primaria que atiendan a pacientes entre las 6 p. m. y las 8 a. m. de lunes a viernes, los fines de semana o los días festivos nacionales. El cargo actual es de $50 y se cobrará al paciente si la compañía de seguros no lo cubre.

Citas perdidas y cancelaciones tardías

Faltar a una cita genera costos para nosotros, para usted y para otros pacientes que podrían haber aprovechado el tiempo reservado para su hijo. Llame al menos cuatro horas antes de la cita para cambiarla y evitar un cargo de $50 por inasistencia. Faltar a citas o cancelarlas repetidamente sin avisar con suficiente anticipación puede dar lugar a que dejemos de atender al paciente.

No reprogramaremos citas perdidas para evaluaciones de conducta ni para el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDA/TDAH) hasta que se pague por completo el cargo por inasistencia.

Otros gastos

Es posible que su seguro no cubra todos los servicios que ofrecemos (algunas visitas de control del niño sano pueden no estar cubiertas, según su cobertura y la fecha de la visita). Estos cargos deben pagarse al momento de recibir los servicios. Además, pueden cobrarse cargos administrativos por copias de expedientes médicos y por completar formularios escolares, de campamentos o deportivos que no se presenten durante la visita.

Cómo comunicarse con nosotros

Si necesita ayuda o tiene preguntas, puede comunicarse con nuestro personal de facturación al (301) 662-1930, de lunes a viernes, de 9 a. m. a 4 p. m.

Lea nuestras políticas financieras y asegúrese de comprenderlas. Manténganos informados sobre la cobertura de seguro de su hijo y cualquier cambio de dirección o número de teléfono. ¡Gracias!

Ubicaciones:

1475 Taney Ave, Frederick, MD 21702
504 E. Ridgeville Blvd, Ste 101, Mt. Airy, MD 21771
610 Solarex Ct, Ste 200, Frederick, MD 21703
3020B Ventrie Ct, Myersville, MD 21773
3430 Worthington Blvd, Ste 204, Frederick, MD 21704

Declaración sobre las Vacunas

Ha aumentado considerablemente la atención de los medios de comunicación sobre la seguridad de las vacunas y sus efectos secundarios. La información presentada es comprensiblemente preocupante para las familias y ha generado muchas preguntas sobre nuestra política de vacunación. A continuación presentamos nuestra respuesta a estas afirmaciones.

Creemos firmemente en la eficacia y seguridad de las vacunas para prevenir enfermedades graves y salvar vidas. Creemos que todos los niños y adultos jóvenes deben recibir todas las vacunas recomendadas de acuerdo con el calendario publicado por la Academia Americana de Pediatría.

Creemos que vacunar a los niños y adultos jóvenes puede ser la intervención de promoción de la salud más importante que realizamos como profesionales de la salud y que ustedes pueden realizar como padres o cuidadores. Creemos firmemente, basándonos en toda la literatura disponible, la evidencia y los estudios actuales, que las vacunas no causan autismo ni otras discapacidades del desarrollo.
La campaña de vacunación es verdaderamente víctima de su propio éxito. Precisamente porque las vacunas son tan eficaces para prevenir enfermedades, estamos discutiendo si deben administrarse o no. Gracias a las vacunas, muchos de ustedes nunca han visto a un niño con poliomielitis, tétanos, tos ferina, meningitis bacteriana o incluso varicela, ni han conocido a un amigo o familiar cuyo hijo haya fallecido a causa de alguna de estas enfermedades. Este éxito puede hacer que nos volvamos complacientes o incluso descuidados con respecto a la vacunación. La vacunación contra enfermedades prevenibles es muy importante tanto para la salud de su hijo como para la salud pública de nuestra comunidad. Las tasas de enfermedades infecciosas prevenibles mediante vacunas han aumentado cuando las comunidades han experimentado una disminución en las tasas de vacunación.

Como profesionales médicos, estamos firmemente convencidos de que vacunar a todos los niños y adultos jóvenes según el calendario establecido y con las vacunas actualmente disponibles es absolutamente lo correcto. Como norma, esperamos que nuestros pacientes estén al día con todas sus vacunas.

Para quienes deseen obtener más información, recomendamos los siguientes sitios web:

- www.vaccineinformation.org
- www.vaccine.chop.edu
- www.vaccinateyourfamily.org

No dude en conversar con cualquiera de nosotros sobre cualquier pregunta o inquietud que pueda tener acerca de las vacunas.

Atentamente,

Los médicos y profesionales de enfermería de práctica avanzada de The Pediatric Center

Ubicaciones:

1475 Taney Ave, Frederick, MD 21702
504 E. Ridgeville Blvd, Ste 101, Mt. Airy, MD 21771
610 Solarex Ct, Ste 200, Frederick, MD 21703
3020B Ventrie Ct, Myersville, MD 21773
3430 Worthington Blvd, Ste 204, Frederick, MD 21704

Constancia de aceptación del consentimiento financiero las prácticas de privacidad y la política de vacunación

Consentimiento financiero

Autorizo a The Pediatric Center a presentar a mi compañía de seguros, en mi nombre, las reclamaciones correspondientes a cada visita. Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo con el fin de brindar atención u obtener el pago de los servicios prestados. Autorizo el pago de los beneficios médicos directamente a The Pediatric Center.

Entiendo y acepto que soy responsable de pagar los cargos que mi compañía de seguros no cubra por los servicios prestados por The Pediatric Center, incluidos, entre otros, el coseguro, los copagos y los deducibles. Acepto pagar estos cargos no cubiertos al momento de recibir los servicios.

También entiendo y acepto que, si mi compañía de seguros informa posteriormente a The Pediatric Center que mi hijo no tenía cobertura en la fecha del servicio, que no tiene cobertura para las consultas Pediátrica rutinaria, que ha superado los límites de dicha cobertura o que el servicio prestado no está cubierto, debo pagar la totalidad del importe no cubierto al recibir el estado de cuenta del paciente.

Entiendo y acepto que los servicios administrativos, incluidos, entre otros, completar formularios, preparar cartas de necesidad médica y proporcionar copias de expedientes médicos, generan cargos que son responsabilidad del padre, la madre o el tutor y que no pueden presentarse a mi compañía de seguros. Acepto pagar estos cargos por adelantado o al recibir el estado de cuenta del paciente, según lo establecido por la política del consultorio.

Entiendo y acepto que se pueden cobrar cargos por las citas canceladas con menos de 4 horas de anticipación y por las citas a las que no se asista. Estos cargos se facturarán y deberán pagarse al recibir la factura.

Si la cuenta se remite a una agencia de cobro, pagaré los honorarios y gastos de cobro razonables. Entiendo que todas las cuentas morosas devengan intereses a la tasa legal.

Constancia de conocimiento de las prácticas de privacidad

Entiendo que la información de salud del paciente es privada y confidencial. Entiendo que The Pediatric Center se esfuerza por proteger la privacidad del paciente y preservar la confidencialidad de su información personal de salud.

Entiendo que The Pediatric Center puede usar y divulgar la información personal de salud del paciente para ayudar a brindarle atención médica, gestionar la facturación y los pagos, y realizar otras operaciones de atención médica.

The Pediatric Center cuenta con un documento detallado denominado «Aviso de prácticas de privacidad», que contiene más información sobre las políticas y prácticas que protegen la privacidad del paciente. Entiendo que tengo derecho a leer dicho aviso antes de firmar esta constancia.

Este Aviso de prácticas de privacidad contiene una descripción completa de mis derechos de privacidad y confidencialidad. Estos incluyen, entre otros, el acceso a mis expedientes médicos; las restricciones sobre ciertos usos; recibir un informe de las divulgaciones de información, según lo exige la ley; y solicitar que las comunicaciones se realicen por medios específicos o en un lugar alternativo. Este aviso puede actualizarse periódicamente.

Constancia de conocimiento de la política de vacunación

Entiendo que The Pediatric Center administrará las vacunas de acuerdo con las pautas de la Academia Estadounidense de Pediatría. También entiendo que recibiré información sobre estas vacunas y tendré la oportunidad de hablar sobre ellas antes de su administración.

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

Firma del padre, la madre o el tutor: _____ **Fecha:** _____

Relación con el paciente, si no es su padre, madre o tutor: _____