

REGISTRO DEL PACIENTE

Fecha finalizada:			
PCP:			
Información del paciente (Por favor llenar todos campos completo)			
Nombre legal del paciente		Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY)	Sexo o Hembra o Barón
Otros niños/a en familia:			
Domicilio (Ciudad, Estado, Código postal)	Número de teléfono # Celular #	Teléfono de trabajo # o Padre 1 o Padre 2	Correo electrónico del padre:
Raza: o Indio americano o Nativo de Alaska o Asiático o B Negro o Afroamericano o Nativo hawaiano y de otras islas del Pacífico o Blanco o Otro			
Grupo étnico: o Hispano o No-Hispano Idioma principal de los pacientes: o Inglés o Español o O-			
Idioma principal del padre o tutor legal: o Inglés o Español o Otro			
Si Tiene Seguro para niño/nios, presente la tarjeta del seguro al personal de check-in			
CONTACTOS DE EMERGENCIA			
Nombre legal de la madre	Número de casa #	Celular #	Teléfono de trabajo #
Dirección de domicilio (si es diferente al anterior)			
Nombre legal del padre	Número de casa #	Celular #	Teléfono de trabajo #
Dirección de domicilio (si es diferente a la anterior)			
Contacto Adicional	Número de casa #	Celular #	Teléfono de trabajo #
Dirección de domicilio (si es diferente a la anterior)			
Cómo te enteraste de nosotros?		Hospital de nacimiento	
Información del garante (Persona financieramente responsable)			
Nombre	Relación con el paciente	Menor emancipada? o Si o No	
Dirección de domicilio (si es diferente a la anterior)			
Fecha de nacimiento	Celular#	# Teléfono de trabajo	
Número de empleador	Ciudad	Estado	Código postal
Información del Seguro (si se proporciona seguro, complete la información a continuación) (NO DEJE EN BLANCO)			
Nombre completo del suscriptor		Fecha de Nacimiento del suscriptor	
Aseguradora primaria	Dirección de reclamaciones	Teléfono #	
#ID de Suscriptor	# de grupo	Relación del paciente con el suscriptor:	
Domicilio de suscriptor (si es diferente a la anterior)		Empleador del Suscriptor	
Tiene el niño/a otro Seguro médico? o No o Si			
Nombre de la aseguradora secundaria		# ID de suscriptor	# de grupo
Dirección de reclamaciones		# Teléfono	

Gracias por elegir Wee Kare Pediatrics Clinic!

www.weekare.net

WKP 5/23/2025 VB

Después de 3 años desde la última visita al consultorio registrada, el paciente será considerado un nuevo paciente.

HISTORIAL MEDICO

Nombre legal del paciente:	Fecha de Nacimiento:	Género: ☐ Barón ☐ Hembra
Nombre de la madre:	Nombre del padre:	

Historial médico del niño: Embarazo/Periodo neonatal Donde nació tu hija/o? Es la niña/o tuya por? ☐ nacimiento ☐ adopción ☐ hijastra/o ☐ otro Complicaciones del embarazo _____ Entrega por ☐ vaginal ☐ cesárea Motivo de la cesárea _____ Complications _____ Tu hijo/a fue prematuro ☐ No ☐ Si, nacido a _____ semanas Complicaciones _____ Puntuaciones de Apgar al minuto 1 _____ 5 minutos _____ Peso al nacer _____ Longitud _____ Otros problemas en el periodo neonatal _____ _____ _____ Infancia/Niñez/Adolescencia Su hijo ha sido tratado o diagnosticado alguna vez con alguna enfermedad: (explicar) ☐ Asma o enfermedad reactiva de las vías respiratorias ☐ Sibilancias o bronquiolitis ☐ Alergias estacionales o eccemas ☐ Infecciones de oído recurrentes ☐ Neumonía ☐ Infecciones del tracto urinario ☐ síndrome genético ☐ Convulsiones ☐ Anemia ☐ Hueso roto ☐ Retraso mental o discapacidad de aprendizaje ☐ Depresión/ansiedad Otras condiciones médicas crónicas _____ _____ Alguna vez tu hija/o ha sido hospitalizada ☐ No ☐ Si (explicar) _____ _____ Cirugías previas y fechas _____ _____ Pediatra anterior _____ Enumere cualquier especialista que su hijo esté viendo actualmente y el motivo: _____ _____ Medicamentos ALERGIAS a medicamentos/vacunas (enumerar y describir la reacción) _____ _____ Medicación actual y dosis _____ _____ Vitamina _____ Suplementos herbarios _____ Medicamentos de venta libre _____ _____ Desarrollo/Nutrición A que edad tu hija: ☐ sentarse solo ☐ caminar solo ☐ decir palabras ☐ tren sanitario (día) _____ ☐ 1 st período (hembras) Su hijo fue amamantado ☐ No ☐ Si, cuánto tiempo? _____ Su hijo ha tenido algún problema de alimentación o dieta inusual? Explicar _____ _____ _____	Historia social: Quien vive en el hogar del niño/a? ☐ Mama ☐ Papa ☐ Padrastro _____ ☐ Hermanos (# _____) ☐ Abuelos ☐ Otro _____ Fuma alguna miembro del hogar ☐ Si ☐ No Cuántas horas al día pasa su hijo: Viendo la televisión _____ Computadora/lpad _____ Juegos de video _____ Deportes/ejercicio: Tipo _____ Con que frecuencia? _____ Cuanto tiempo _____ min _____ _____ Historial Familiar Algun miembro de su familia tiene alguna de las siguientes condiciones: <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Condición</th> <th>Madre</th> <th>Padre</th> <th>Hermanos/a</th> <th>Abuelos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Asma</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Anemia</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Trastorno de la sangre</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Cancer</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Ataque cardíaca</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Colesterol Alto</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Hipertensión</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Derame cerebral</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Diabetes</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Enfermedad de tiroides</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Nefropatía</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Convulsiones</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Migrañas</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Depresión/ansiedad</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Alcoholismo</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>TDA/TDAH</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> </tbody> </table>	Condición	Madre	Padre	Hermanos/a	Abuelos	Asma	☐	☐	☐	☐	Anemia	☐	☐	☐	☐	Trastorno de la sangre	☐	☐	☐	☐	Cancer	☐	☐	☐	☐	Ataque cardíaca	☐	☐	☐	☐	Colesterol Alto	☐	☐	☐	☐	Hipertensión	☐	☐	☐	☐	Derame cerebral	☐	☐	☐	☐	Diabetes	☐	☐	☐	☐	Enfermedad de tiroides	☐	☐	☐	☐	Nefropatía	☐	☐	☐	☐	Convulsiones	☐	☐	☐	☐	Migrañas	☐	☐	☐	☐	Depresión/ansiedad	☐	☐	☐	☐	Alcoholismo	☐	☐	☐	☐	TDA/TDAH	☐	☐	☐	☐
Condición	Madre	Padre	Hermanos/a	Abuelos																																																																																		
Asma	☐	☐	☐	☐																																																																																		
Anemia	☐	☐	☐	☐																																																																																		
Trastorno de la sangre	☐	☐	☐	☐																																																																																		
Cancer	☐	☐	☐	☐																																																																																		
Ataque cardíaca	☐	☐	☐	☐																																																																																		
Colesterol Alto	☐	☐	☐	☐																																																																																		
Hipertensión	☐	☐	☐	☐																																																																																		
Derame cerebral	☐	☐	☐	☐																																																																																		
Diabetes	☐	☐	☐	☐																																																																																		
Enfermedad de tiroides	☐	☐	☐	☐																																																																																		
Nefropatía	☐	☐	☐	☐																																																																																		
Convulsiones	☐	☐	☐	☐																																																																																		
Migrañas	☐	☐	☐	☐																																																																																		
Depresión/ansiedad	☐	☐	☐	☐																																																																																		
Alcoholismo	☐	☐	☐	☐																																																																																		
TDA/TDAH	☐	☐	☐	☐																																																																																		
Medicamentos ALERGIAS a medicamentos/vacunas (enumerar y describir la reacción) _____ _____ Medicación actual y dosis _____ _____ Vitamina _____ Suplementos herbarios _____ Medicamentos de venta libre _____ _____ Desarrollo/Nutrición A que edad tu hija: ☐ sentarse solo ☐ caminar solo ☐ decir palabras ☐ tren sanitario (día) _____ ☐ 1 st período (hembras) Su hijo fue amamantado ☐ No ☐ Si, cuánto tiempo? _____ Su hijo ha tenido algún problema de alimentación o dieta inusual? Explicar _____ _____ _____	Revisión de sistemas (Marque todas las que correspondan) <table style="width:100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> Constitucional ☐ Fiebre/escalofríos ☐ Fatiga ☐ Perdida/aumento de peso inexplicable ☐ Sed excesiva Oído, Nariz y Garganta ☐ Voz fuerte, problema de audición ☐ Respiración buccal ronquidos ☐ Dolor de oído ☐ Goteo nasal frecuente Respiratorio ☐ Tos, falta de aire ☐ Opresión en el pecho, sibilancias Músculoesquelético ☐ Dolor muscular, debilidad ☐ Dolor en las articulaciones, hinchazón ☐ Dolor de huesos Otro (ojo, piel, sangre) ☐ Visión borrosa ☐ Bizca ☐ problemas de sueño ☐ preocupación por la ira ☐ ojos cruzados ☐ Picazón en los ojos ☐ Preocupación por la atención, impulso ☐ erupciones ☐ hematomas anormales </td> <td style="vertical-align: top;"> Gastrointestinal ☐ Náuseas, vómitos, diarrea ☐ Estreñimiento, sangre en las heces ☐ Dolor abdominal Cardiovascular ☐ olor en el pecho, palpitaciones ☐ Se cansa fácilmente con el esfuerzo ☐ Desmayo Genitourinaria ☐ Micción frecuente o dolorosa ☐ Enuresis, accidentes frecuentes ☐ Vaginal o secreción del pene Neurologico ☐ Dolores de cabeza ☐ Convulsiones ☐ Torpeza ☐ Retraso de hito Psiquiátrico/emocional ☐ Ansiedad/estrés ☐ Depresión </td> </tr> </table>	Constitucional ☐ Fiebre/escalofríos ☐ Fatiga ☐ Perdida/aumento de peso inexplicable ☐ Sed excesiva Oído, Nariz y Garganta ☐ Voz fuerte, problema de audición ☐ Respiración buccal ronquidos ☐ Dolor de oído ☐ Goteo nasal frecuente Respiratorio ☐ Tos, falta de aire ☐ Opresión en el pecho, sibilancias Músculoesquelético ☐ Dolor muscular, debilidad ☐ Dolor en las articulaciones, hinchazón ☐ Dolor de huesos Otro (ojo, piel, sangre) ☐ Visión borrosa ☐ Bizca ☐ problemas de sueño ☐ preocupación por la ira ☐ ojos cruzados ☐ Picazón en los ojos ☐ Preocupación por la atención, impulso ☐ erupciones ☐ hematomas anormales	Gastrointestinal ☐ Náuseas, vómitos, diarrea ☐ Estreñimiento, sangre en las heces ☐ Dolor abdominal Cardiovascular ☐ olor en el pecho, palpitaciones ☐ Se cansa fácilmente con el esfuerzo ☐ Desmayo Genitourinaria ☐ Micción frecuente o dolorosa ☐ Enuresis, accidentes frecuentes ☐ Vaginal o secreción del pene Neurologico ☐ Dolores de cabeza ☐ Convulsiones ☐ Torpeza ☐ Retraso de hito Psiquiátrico/emocional ☐ Ansiedad/estrés ☐ Depresión																																																																																			
Constitucional ☐ Fiebre/escalofríos ☐ Fatiga ☐ Perdida/aumento de peso inexplicable ☐ Sed excesiva Oído, Nariz y Garganta ☐ Voz fuerte, problema de audición ☐ Respiración buccal ronquidos ☐ Dolor de oído ☐ Goteo nasal frecuente Respiratorio ☐ Tos, falta de aire ☐ Opresión en el pecho, sibilancias Músculoesquelético ☐ Dolor muscular, debilidad ☐ Dolor en las articulaciones, hinchazón ☐ Dolor de huesos Otro (ojo, piel, sangre) ☐ Visión borrosa ☐ Bizca ☐ problemas de sueño ☐ preocupación por la ira ☐ ojos cruzados ☐ Picazón en los ojos ☐ Preocupación por la atención, impulso ☐ erupciones ☐ hematomas anormales	Gastrointestinal ☐ Náuseas, vómitos, diarrea ☐ Estreñimiento, sangre en las heces ☐ Dolor abdominal Cardiovascular ☐ olor en el pecho, palpitaciones ☐ Se cansa fácilmente con el esfuerzo ☐ Desmayo Genitourinaria ☐ Micción frecuente o dolorosa ☐ Enuresis, accidentes frecuentes ☐ Vaginal o secreción del pene Neurologico ☐ Dolores de cabeza ☐ Convulsiones ☐ Torpeza ☐ Retraso de hito Psiquiátrico/emocional ☐ Ansiedad/estrés ☐ Depresión																																																																																					

Gracias por elegir la Clínica WeeKare Pediatrics!

www.weekare.net

WKP 5/28/2025 VB

Después de 3 años desde la última visita al consultorio registrada, el paciente será considerado un nuevo paciente.



PREAUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA MENORES
DELEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Dar mi consentimiento para cualquier y toda la atención médica para mi hijo que un proveedor de atención médica con licencia de WeeKare Pediatrics considere necesaria y apropiada. Este consentimiento incluye, entre otros, intervenciones médicas y quirúrgicas y atención electiva y de emergencia. Esta delegación será válida hasta que yo retire la delegación del consentimiento.

Cuando no este disponible para dar mi consentimiento, por la presente autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s):

_____ Nombre de la persona	_____ Relación al paciente	_____ Número de teléfono
_____ Nombre de la persona	_____ Relación al paciente	_____ Número de teléfono
_____ Nombre de la persona	_____ Relación al paciente	_____ Número de teléfono
_____ Nombre de la persona	_____ Relación al paciente	_____ Número de teléfono

MENOR NO ACOMPAÑADO AUTORIZACIÓN:

Los menores de edad deben tener una autorización para tratamiento médico firmada por su padre/tutor. El menor es responsable de proporcionar la información de seguro actual por si mismo. Tenga en cuenta que se esperan copagos y/o deducibles en el momento del servicio. *ESTO NO GARANTIZA QUE EL MENOR SERÁ VISTO SIN UN PADRE/TUTOR.*

_____ Nombre del padre o tutor	_____ Numero de teléfono
_____ Firma del padre o tutor	_____ Fecha

Humble Clinic
19333 Hwy 59N Ste 145
Humble, TX 77338

F) 281-540-5437

P) 281-540-5437

www.weekare.net

Houston Clinic
14630 Woodforest Blvd
Houston, TX 77015

F) 713-677-0264

5/2025 VB



- ☐ 19333 Hwy 59 North, Suite 145 • Humble, TX 77338
Phone (281) 540-5437 - Fax (281) 540-2630
- ☐ 14630 Woodforest Blvd • Houston TX 77015
Phone (281) 540-5437 – Fax (713) 640-5254

USO INTERNO:	SOLO PARA USO DE OFICINA	
	MRN: _____	Date Received: _____
	ROI Status: ☐ Processed ☐ Returned to Requester ☐ Encounter	
	☐ Chart Review ☐ Document(s) released in accordance with scope of patient request	
	Date records were provided: _____ Completed by: _____	

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Envíe un correo electrónico a la dirección de la clínica o envíe un fax a uno de nuestros números de fax anteriores.

NO ENVÍE EL CD POR CORREO

Lea toda la información e instrucciones antes de completar y firmar el formulario de autorización.

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
(Por favor imprima) APELLIDO PRIMERO SEGUNDO

INFORMACIÓN QUE SERÁ PUBLICADA POR:	INFORMACIÓN QUE SERÁ DIVULGADA A:
LA SOLICITUD DEBE TENER DIRECCIÓN COMPLETA O NÚMERO DE FAX	LA SOLICITUD DEBE TENER DIRECCIÓN COMPLETA O NÚMERO DE FAX
_____ Nombre de la organización/persona	_____ Nombre de la organización/persona
_____ Dirección	_____ Dirección
_____ Cuidad, Estado, Código postal	_____ Cuidad, Estado, Código postal
_____ Telefono #	_____ Telefono #
_____ Fax #	_____ Fax #

TIPO DE INFORMACION MEDICA SOLICITADA:

- ☐ Historial médico completo
☐ Laboratorios
☐ Notas de progreso de H&P
☐ Vacunas
☐ Otro: _____

POR FAVOR INCLUYA LOS REGISTROS MÉDICOS CORRESPONDIENTES A: (área solicitada inicialmente):

- ☐ Salud mental emocional/condición psiquiátrica
☐ VIH /SIDA/ ETS
☐ Abuso de drogas/alcohol/sustancias

MOVITO DE LA SOLICITUD:

- ☐ Personal ☐ Mudarse a una nueva zona ☐ Mudarse a una clínica más cercana ☐ La paciente ha superado la edad pediátrica
☐ Transferencia de atención a un nuevo pediatra debido a:
☐ Atención médica de niño(s)
☐ Tiempo de espera en la oficina
☐ Dificultad para programar una cita
☐ Interacción con el personal de la oficina

Por la presente, doy mi consentimiento para que se divulgue la información especificada relacionada con el diagnóstico, las pruebas o el tratamiento a la persona o entidad mencionada anteriormente. Entiendo que dicha información no puede divulgarse sin mi consentimiento informado. Reconozco que he revisado y comprendido completamente el contenido de este formulario de autorización. Mi firma a continuación indica que por la presente acepto y autorizo la divulgación de la información de salud del paciente a la persona u organización mencionada anteriormente. Tiene derecho a revocar o cancelar esta autorización por escrito en cualquier momento.

PUEDEN HABER UN CARGO POR LAS COPIAS DE SUS REGISTROS MÉDICOS A MENOS QUE SUS COPIAS SE ENVÍEN A OTRO MÉDICO O CENTRO DE ATENCIÓN MÉDICA.

Nombre del padre o tutor legal: _____

Firma del padre o tutor legal: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente, si es diferente del paciente: _____

(Es posible que se le solicite que proporcione documentación legal como prueba del poder notarial o la tutela)

POLÍTICAS DE LA OFICINA

Horario De Oficina- Lunes – Viernes 8 am – 5 pm (Cerrado por la hora del almuerzo 12 pm – 1 pm)

POR FAVOR LEA Y ESCRIBA SUS INICIALES EN CADA LÍNEA PARA CONOCER LAS POLÍTICAS DE NUESTRA OFICINA

_____ **POLÍTICA PARA PACIENTES NUEVOS** – Cada médico/proveedor requiere la presencia de un tutor legal/padre o madre en la primera visita. En esa visita, el padre o madre puede delegar su consentimiento a otro adulto para que acompañe al niño a futuras visitas. Debe traer su vacuna, identificación y seguro médico.

_____ **PÓLIZA DE SEGURO/TARJETA DE IDENTIFICACIÓN CON FOTO** – Requerimos que presente su tarjeta de seguro y una identificación con fotografía en cada visita para la protección de nuestros pacientes.

_____ **POLÍTICA DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)**- Requerimos que se seleccione a WeeKare Pediatrics como médico de cabecera el día de la visita. Es responsabilidad de los padres asegurarse de que esto se complete antes de la visita y de proporcionarnos el número

_____ **POLÍTICA TARDÍA** Debido a la disponibilidad limitada de citas, le pedimos que llegue 15 minutos antes o a la hora programada. Si llega 15 minutos después de la hora programada, su cita será reprogramada. Entendemos que la vida es un caos. Llámenos si llega tarde.

_____ **REGISTRARSE**- Todos los pacientes deben ser registrados en la clínica por nuestro personal de recepción. No aceptamos registros verbales por teléfono. El registro a través de MyChart no implica el ingreso del paciente.

_____ **POLÍTICA DE CANCELACIÓN**- Le pedimos que sea cortés con los demás. Si no puede asistir a su cita, por favor, llame para cancelarla dentro de las 24 horas previas a su cita programada para que podamos atender a otros pacientes.

_____ **POLÍTICA DE NO PRESENTACIÓN**- Nuestra política es que si no se presenta a su cita en 6 ocasiones al año sin notificarlo debidamente a nuestra oficina, se informará a su compañía de seguros. También podemos dar de baja a pacientes de nuestra clínica por incumplimiento y por numerosas ausencias.

_____ **PROGRAMACIÓN DE HERMANOS**: Programaremos citas para hermanos juntos siempre que nuestro horario lo permita. Si los pacientes no se presentan a sus citas programadas para hermanos dos (2) veces, ya no podremos programarlas. Es fundamental llamar para reprogramar o cancelar las citas, en lugar de no presentarse, ya que esto se considerará como imposibilidad de programarlas todas juntas. Las cancelaciones deben realizarse dentro de las 24 horas previas a la cita.

_____ **VISITAS DE POZO/VISITAS DE PROBLEMAS**- Si se atiende un problema de salud durante la visita de control, se facturarán ambas visitas a su compañía de seguros. Su compañía de seguros podría cobrarle un copago/deducible o un coaseguro.

_____ **CITA DE NIÑO SANO**: Nuestra visitas de control se programan principalmente con 3 meses de anticipación. Por favor, programe la cita de control de su hijo/a durante el mes de su cumpleaños o después.

_____ **EXÁMENES FÍSICOS DEPORTIVOS**: El/Los paciente(s) debe(n) tener un examen físico de niño sano vigente para programar el examen físico deportivo. Si el paciente no tiene el examen físico de niño sano y el examen físico deportivo al día, deberá programarlo. Los padres son responsables de proporcionarnos los formularios del examen físico deportivo y deben completar toda la información necesaria antes de la visita. Si no se trae el formulario durante la cita, se cobrará una tarifa y el plazo de entrega es de 3 días.

_____ **REGISTRO DE VACUNACIÓN**- Es responsabilidad de los padres traer el registro de vacunación del paciente a cualquier control o visita de enfermería para asegurar que esté al día. Se cobrará una tarifa de \$5 al momento del servicio si los padres solicitan una copia del registro de vacunación por pérdida o para consolidar todos los registros en uno. Puede acceder a la cuenta de su hijo a través de MyChart cuando lo desee, de forma gratuita.

_____ **ELIMINACIÓN DEL PANEL O TERMINACIÓN DEL EJERCICIO**- Nos reservamos el derecho de dar de baja a un paciente de nuestra oficina o de terminar nuestra relación en las siguientes situaciones: negativa de pago, falta grave de conducta (gritar, faltar a la cortesía, falta de respeto, cualquier tipo de maltrato físico), actos ilegales o fraudulentos, lenguaje obsceno y abuso verbal, ya sea por teléfono o en persona. Su compañía de seguros será notificada de este cambio.

_____ **LLAMADAS MÉDICAS MENORES RESPONDIDAS POR UN ASISTENTE MÉDICO**- WeeKare Pediatrics ofrece un asistente médico que responde llamadas para consultas médicas menores, solo para nuestros pacientes habituales. Las llamadas se devuelven el mismo día, si tiene dudas sobre si necesita una visita, por favor, programe una cita.

_____ **CITAS DE AUTORIZACIÓN**: Debe programarse con al menos 1 o 2 semanas de anticipación a la fecha del procedimiento. Traiga toda la documentación necesaria que el proveedor debe completar al momento de su cita.

_____ **RECARGAS DE MEDICAMENTOS**- WeeKare Pediatrics no resurte antibióticos ni otros medicamentos. Si el paciente no ha sido atendido en 3 meses, se deberá programar una nueva cita para atender la resurtición de medicamentos. Nuestra clínica no resurte medicamentos de otros médicos, como especialistas, etc. Estas resurticiones deben ser realizados por el médico que los emitió.

TARIFAS DE SOLICITUD DE FORMAS

Todas las solicitudes se procesarán en el momento en que se recibió la solicitud de pedido y requieren un plazo de 3 días hábiles. La solicitud debe hacerse en la oficina y pagarse en su totalidad para poder procesar la solicitud.

COPIA DE REGISTROS DE VACUNAS

\$5 por Niño. Por cada tarjeta de registro de vacunas solicitada o para consolidar las tarjetas de registro de vacunas.

FORMAS

\$ 5 por Niño, por formas que no se haya completado en el momento de la visita de su hijo. (es decir, formularios de examen físico Deportivo (sports physical), guardería, escuela y campamento, clearance de autorización medicas (dental/procedure clearance)

SOLICITUDES DE CARTAS

\$ 10 por niño, para solicitudes de cartas por niño (es decir: Inmigración, IRS, Administración de SS, etc.)

FMLA

\$30 para llenar Formularios FMLA de que debe completar el médico. Esta solicitud de papeleo puede demorar hasta 7 días.

SOLICITUD DE EXPEDIENTE REGISTRO MEDICOS

La tarifa de solicitud de registros médicos personales es de \$25 por las primeras 20 hojas. \$ 0.50 por hojas adicionales.

Nombre del paciente _____ Fecha de Nacimiento: _____

→HE LÍDO Y ENTIENDO LAS TARIFAS ANTERIORES DE LA OFICINA PARA LAS SOLICITUDES DE PAPELEO. ENTIENDO QUE LAS TARIFAS DEBEN PAGARSE PRIMERO ANTES DE QUE SE PUEDE PROCESAR LA SOLICITUD. TAMBIÉN ENTIENDO EL TIEMPO DE ENTREGA DE 3 DÍAS HÁBILES PARA COMPLETAR CARTAS O DOCUMENTOS. RECONOZCO QUE EL PERSONAL ME LLAMARÁ UNA VEZ QUE LA CARTA ESTÉ LISTA PARA RECORDERLA.

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha de hoy: _____

La Relación de Paciente: _____

Humble Clinic
19333 Hwy 59N Ste 145
Humble, TX 77338

F) 281-540-5437

P) 281-540-5437

www.weekare.net

Houston Clinic
14630 Woodforest Blvd
Houston, TX 77015

F) 713-677-0264

5/2025 VB