

**CATAWBA VALLEY MEDICAL GROUP - FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES DE CLÍNICAS FQHC**

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE:**

FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOMBRE: APELLIDO \_\_\_\_\_ PRIMER \_\_\_\_\_ INICIAL SEG. \_\_\_\_\_

**MARQUE UNO:** SR. SRA. SRITA. SRA. JR. APODO O NOMBRE ANTERIOR: \_\_\_\_\_ (SI APLICA)

**FEC. NACIMIENTO** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **SEXO**  F  M  Desconocido  Transgénero **No. SEGURO SOCIAL** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DIRECCIÓN POSTAL \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE A DIRECCIÓN POSTAL) \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓD. POSTAL \_\_\_\_\_ TEL. DOMICILIO (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

TEL. CELULAR (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ TEL. DEL TRABAJO (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ EXT. \_\_\_\_\_

**NOTA: POR FAVOR, RESPONDA A AMBAS PREGUNTAS SOBRE EL ORIGEN HISPANO Y LA RAZA. PARA ESTA INFORMACIÓN, LOS ORÍGENES HISPANOS NO SON RAZAS.**

**1. ¿CUÁL ES SU ORIGEN ÉTNICO? ORIGEN HISPANO, LATINO O ESPAÑOL / Marque una casilla.**

NI HISPANO NI LATINO

CHICANO  CUBANO  MEXICANO  MEXICOAMERICANO  PUERTORRIQUEÑO

OTROS ORÍGENES HISPANOS, LATINOS O ESPAÑOLES: *Escriba origen abajo, por ejemplo, colombiano, dominicano, nicaragüense, salvadoreño, español, etc.* \_\_\_\_\_

**2. ¿CUÁL ES SU RAZA? Marque una o más casillas (si hay más de una raza, marque todas las casillas que componen la raza).**

BLANCO  NEGRO  INDIO AMERICANO/NATIVO DE ALASKA  INDIO ASIÁTICO  CHINO  FILIPINO

GUAMANÍ O CHAMORRO  JAPONÉS  COREANO  NATIVO HAWAIANO  SAMOANO

VIETNAMITA  OTROS ASIÁTICOS  OTROS ISLEÑOS DEL PACÍFICO

OTRA RAZA- *Escribir raza:* \_\_\_\_\_

¿NECESITA SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN? \_\_\_\_\_ EN CASO AFIRMATIVO, QUÉ IDIOMA O SERVICIO: \_\_\_\_\_

**ESTADO CIVIL DEL PACIENTE:**

SOLTERO  DIVORCIADO  SEPARADO LEGALMENTE  PAREJA

CASADO (NOMBRE DEL CÓNYUGE \_\_\_\_\_)  VIUDO  DESCONOCIDO

**SITUACIÓN LABORAL DEL PACIENTE:**

NOMBRE DEL EMPLEADOR \_\_\_\_\_

TPO. COMPLETO  SIN EMPLEO  JUBILADO  TPO. PARCIAL  INDEPENDIENTE  MILITAR ACTIVO  DISCAPACITADO

**RECORDATORIOS DE CITAS Y SALUD:**

¿Está bien dejar un mensaje sobre el recordatorio de su cita?  **Sí**  **No**

**Elija UNA opción para la comunicación de recordatorio de su cita:**

**Teléfono** Tel. preferido: \_\_\_\_\_ Hora preferida:  Mañana  Tarde  Noche

**Mensaje de texto** Teléfono preferido: \_\_\_\_\_ Hora preferida:  Mañana  Tarde  Noche

**Podemos dejar un mensaje para que nos devuelva la llamada con familiares, amigos o en un contestador automático en:**

**HOGAR**  **Sí**  **No** **CELULAR**  **Sí**  **No**

**TRABAJO**  **Sí**  **No**

Puede PARAR recordatorios en cualquier momento contactando a mi consultorio para desactivar los recordatorios de citas por mensaje de texto

**Marque cualquiera o todas las opciones para darnos permiso para enviarle recordatorios de salud importantes a través de:**

Email: se envía mensajes a la dirección en la sección "Habilitación web/ Acceso al portal del paciente" de este formulario, para edades indicadas

Carta

**RESPONSABLE / TITULAR DE LA PÓLIZA:**

(La parte responsable es la persona financieramente responsable del estado de cuenta/facturas del paciente)

 PROPIO  GARANTE - RELACIÓN CON PACIENTE \_\_\_\_\_ (Complete abajo si es diferente de la "Información del paciente" anterior)

NOMBRE \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓD. POSTAL \_\_\_\_\_ TEL. DOMICILIO (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

FEC. NACIMIENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ No. SEGURO SOCIAL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SEXO  F  M

NOMBRE DEL EMPLEADOR \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

**HABILITACIÓN WEB/ACCESO AL PORTAL DEL PACIENTE****Todos los pacientes:** Al dar su dirección de email, podremos enviarle una encuesta de satisfacción del paciente después de su visita.  
**Pacientes de 0 a 12 años y mayores de 18 años:** Si desea acceder a su Registro Personal de Salud (PHR) en línea, marque sí a continuación y proporciónenos su dirección de email. Los pacientes de 13 a 17 años no tienen acceso al Portal del Paciente. **Sí**  **No** Dirección de email: \_\_\_\_\_**Debido a nuestra participación en los Programas Federales de Atención Médica, nos obligan a recopilar esta información:**¿Es un veterano?  Sí  No  Elige no responder¿Es un trabajador migrante?:  Sí  No  Elige no contestar  
(tiene un hogar temporal con fines de empleo agrícola estacional, ej.: trabajo agrícola/recolección, siembra, trabajo con vacas/pollos)¿Es un trabajador temporal?:  Sí  No  Elige no responder  
(no estableció un hogar temporal con fines de empleo agrícola estacional, ej.: trabajo agrícola/recolección, siembra, trabajo con vacas/pollos)**Estado de persona sin hogar:** Por favor, marque la declaración que mejor describa su situación de vivienda:

- Vivo en mi casa, que alquilo, arriendo o poseo (No estoy sin casa= No)
- Vivo en un centro público o privado que ofrece refugios temporales. Como un refugio o una misión. (Refugio para personas sin hogar)
- Me quedo en una vivienda de apoyo o transición, en transición de un refugio o entorno para personas sin hogar (vivienda de transición)
- Me estoy quedando con una serie de amigos y/o familiares de forma temporal. (Compartir)
- Vivo en la calle, auto, parque, acera, edificio abandonado o en cualquier situación inestable o no permanente (Calle)
- Vivo en un hotel/motel de ocupación de una sola habitación u otra vivienda pagada diariamente (Otro)
- Desconocido
- Elige no responder

**Orientación sexual: ¿Se considera a sí mismo:**  hetero o heterosexual  lesbiana, gay u homosexual  bisexual  
 Algo más  No sé  Elige no contestar¿Cuál es su identidad de género actual? (Marque uno):  Hombre  Mujer  Transgénero hombre/hombre trans/mujer a hombre (FTM) Transgénero mujer/mujer trans/hombre a mujer (MTF)  Genderqueer, ni exclusivamente masculino ni femenino Categoría de género adicional (u otro), especifique: \_\_\_\_\_ Elige no responder¿Qué sexo se le asignó al nacer en su certificado de nacimiento original? (Marque uno):  Hombre  Mujer  Elige no responder¿Cómo desea el paciente que se le trate?  Él  Ella  Ellos/Ellas  Opta no responder  Otro: \_\_\_\_\_**FARMACIA (MINORISTA):****FARMACIA (VENTA POR CORREO):**

NOMBRE \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_

UBICACIÓN \_\_\_\_\_ UBICACIÓN \_\_\_\_\_

Entiendo que es posible que Catawba Valley Medical Group necesite acceder a mi información de resurtido en todas mis farmacias con respecto a las recetas que he surtido.  **Sí**  **No**

**CONTACTO DE EMERGENCIA:**¿Autorizado a divulgar información médica a un contacto de emergencia?  Sí  No

NOMBRE: APELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_ RELACIÓN CON PACIENTE \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓD. POSTAL \_\_\_\_\_

TEL. DOMICILIO (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ TEL. DEL TRABAJO (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ EXT. \_\_\_\_\_

TEL. MÓVIL/CELULAR: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA A: (ejemplo: cónyuge, hijo o cuidador)**

Nombre	Teléfono	Relación con el paciente

**Consentimiento para el tratamiento médico:** Doy mi consentimiento voluntario para el tratamiento de atención médica (es decir, tratamiento físico y/o conductual) de médicos, proveedores de salud conductual y personal de CVMG/ Kintegra, Inc. Doy mi consentimiento para dichos procedimientos de diagnóstico, análisis de laboratorio (incluidas las pruebas de VIH) y atención que el médico, su asistente o consultores designados consideren necesarios. Soy consciente de que ni la práctica de la medicina ni la prestación de tratamiento de salud mental o conductual son una ciencia exacta. No se me han dado garantías con respecto a los resultados de tratamientos o exámenes realizados por mis cuidadores. Entiendo que CVMG/Kintegra emplea un enfoque "basado en el equipo" para la prestación de atención médica y que la información de salud puede intercambiarse entre proveedores de Kintegra y miembros del personal involucrados en mi atención para garantizar la planificación y la atención adecuadas del tratamiento. Doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información médica protegida (PHI) para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Si está cubierto por Medicare o Medicaid, certifico que la información que brindé al solicitar el pago bajo los Títulos V, XVIII y/o XIX de la Ley del Seguro Social es correcta. Certifico que he leído y entendido este formulario.

**Condiciones de servicios clínicos y financieros:** Su seguro se archivará automáticamente como cortesía. Asegúrese de dar una copia de su tarjeta de seguro al personal. Los copagos del seguro y los deducibles no cubiertos se deben pagar en el momento del servicio. Entiendo y reconozco que soy responsable de todos los cargos designados como mi responsabilidad que no sean pagados por el seguro.

**Autorización para divulgar información:** Por la presente autorizo a mi proveedor a divulgar toda la información relacionada con mi tratamiento a mi(s) compañía(s) de seguros y a cualquier otro médico o proveedor de atención médica al que pueda ser derivado. Por la presente autorizo a agencias reguladoras y de acreditación a revisar mi historial médico durante encuestas o inspecciones. En un esfuerzo por mejorar mi atención, CVMG participa en un intercambio de información de salud, que es una base de datos electrónica segura de información de pacientes aportada por hospitales y proveedores participantes. Mi información médica será aportada al intercambio de información de salud a menos que decida no participar u "opte por no participar".

**Asignación de beneficios:** Por la presente asigno todos los beneficios médicos y/o quirúrgicos, para incluir los beneficios médicos mayores a los que tengo derecho, incluidos Medicaid, seguros privados y otros planes de salud a: Catawba Valley Medical Group.

**Aviso de prácticas de privacidad:** Mi firma a continuación reconoce que se me ha dado la oportunidad de recibir una divulgación completa de las prácticas de privacidad como se describe en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996.

**Citas perdidas:** Si necesita cancelar o reprogramar una cita, comuníquese con nuestra oficina con 24 horas de anticipación o lo antes posible. Estamos aquí para servirle, pero una vez que se hayan perdido tres citas dentro de un período de 12 meses consecutivos, es posible que lo despidan de las prácticas de Catawba Valley Medical Group y se le pida que busque atención en otro lugar.

**Objetos de valor personales:** Entiendo que CVMC/CVMG no es responsable de objetos de valor personales traídos a la práctica o en mi vehículo.

**Grabación o filmación:** Grabación o filmación (incluye fotografías, video, medios electrónicos o de audio): Entiendo que de vez en cuando Catawba Valley Medical Group (CVMG) puede grabarme o filmarme mientras se brinda atención (ej.: documentación fotográfica de lesiones). Entiendo que estas grabaciones/películas/fotos solo se verán internamente con fines de identificación; para el tratamiento, diagnóstico o evaluación de mi atención; o uso organizacional interno para ayudar a mantener o mejorar la calidad de atención y educar al personal médico.

**He leído el Consentimiento para el tratamiento médico, la información financiera y otra información anterior. Entiendo y acepto sus términos.**

(FIRMA DEL PACIENTE)

(FECHA)

(FIRMA DEL RESPONSABLE)

(RELACIÓN)

(FECHA)



# CATAWBA VALLEY MEDICAL GROUP

## P R I M A R Y C A R E

<input type="checkbox"/> Catawba Valley Family Medicine- Bethlehem p: 828.732.5680 f: 828.732.5681	<input type="checkbox"/> Catawba Valley Family Medicine- Claremont p: 828.732.5050 f: 828.732.5051	<input type="checkbox"/> Catawba Valley Family Medicine- Graystone p: 828.732.5600 f: 828.732.5601	<input type="checkbox"/> Catawba Valley Family Medicine- Long View p: 828.732.5650 f: 828.732.5651	<input type="checkbox"/> Catawba Valley Family Medicine- Maiden p: 828.732.5000 f: 828.732.5001	<input type="checkbox"/> Catawba Valley Family Medicine- Medical Arts p: 828.732.5100 f: 828.732.5101	<input type="checkbox"/> Catawba Valley Family Medicine- Mountain View p: 828.732.5150 f: 828.732.5151	<input type="checkbox"/> Catawba Valley Family Medicine- North Hickory p: 828.732.5350 f: 828.732.5351
<input type="checkbox"/> Catawba Valley Family Medicine- Northeast Hickory p: 828.732.5550 f: 828.732.5551	<input type="checkbox"/> Catawba Valley Family Medicine- Parkway p: 828.732.5780 f: 828.732.5781	<input type="checkbox"/> Catawba Valley Family Medicine- South Hickory p: 828.732.5500 f: 828.732.5501	<input type="checkbox"/> Catawba Valley Family Medicine- Sherrills Ford p: 828.732.5450 f: 828.732.5451	<input type="checkbox"/> Catawba Valley Family Medicine- Taylorsville p: 828.732.5300 f: 828.732.5301	<input type="checkbox"/> Catawba Valley Family Medicine- Viewmont p: 828.732.5800 f: 828.732.5801	<input type="checkbox"/> Catawba Valley Family Medicine- West Mountain View p: 828.732.5250 f: 828.732.5251	<input type="checkbox"/> Catawba Valley Family Care - Newton p: 828.732.5180 f: 828.732.5181

### FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_  
APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO APELLIDO DE SOLTERO

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ NO. SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

#### POR LA PRESENTE AUTORIZO A CATAWBA VALLEY MEDICAL GROUP (MARQUE UNO):

A OBTENER MIS REGISTROS DE: \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

A DIVULGAR MIS REGISTROS A: \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

#### A LOS EFECTOS DE (MARQUE UNO):

- TRANSFERENCIA DE ATENCIÓN
- OTRO (ENUMERE EL MOTIVO) \_\_\_\_\_

#### LOS REGISTROS MÉDICOS DEL SIGUIENTE PERIODO DE TIEMPO DEBEN SER DIVULGADOS:

DESDE \_\_\_\_\_ HASTA \_\_\_\_\_  
Fecha Fecha

#### LA INFORMACIÓN SOLICITADA INCLUYE (MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN):

- TODOS LOS REGISTROS
- REGISTROS DE TRATAMIENTO DE DROGAS Y ALCOHOL
- REGISTROS DE TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO
- SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) o infección por VIH (virus de inmunodeficiencia humana)
- OTRO: \_\_\_\_\_

**Derecho a cancelar o revocar la autorización:** Esta autorización vencerá (60) días a partir de esta fecha. Usted puede revocar o cancelar esta autorización enviando una revocación por escrito a nuestro consultorio.

**Posibilidad de nueva divulgación:** Entiendo que una vez que la organización o persona autorizada recibe esta información, esta información puede estar sujeta a una nueva divulgación. Es posible que no sea posible garantizar su derecho a la protección de la privacidad de esta información una vez que nuestro consultorio la divulga a otra parte.

**Efecto de negar la autorización:** Si se niega a firmar esta autorización, nuestro consultorio no le negará ningún tratamiento, excepto el tratamiento relacionado con la investigación o el tratamiento que haya solicitado con el fin de divulgarlo a otros.

**Derechos de la persona:** Tiene derecho a contactar y solicitar que su información sea protegida de cualquier persona a la que le revele su información de salud.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del representante legal del paciente y relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

La información contenida en este documento es privilegiada y confidencial. Si el lector de este mensaje no es el destinatario previsto, se le notifica que cualquier distribución o copia de esta comunicación está estrictamente prohibida. Si recibe esta comunicación por error, notifíquenos de inmediato. Gracias.