

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

PRIMARY CARE

CVFM-Bethlehem: p-828.732.5680, f-828.732.5681
 CVFM-Claremont: p-828.732.5050, f-828.732.5051
 CVFM-Conover: p-828.732.7450, f-828.732.7451
 CVFM-Graystone: p-828.732.5600, f-828.732.5601
 CVFM-Long View: p-828.732.5650, f-828.732.5651
 CVFM-Maiden: p-828.732.5000, f-828.732.5001
 CVFM-Medical Arts: p-828.732.5100, f-828.732.5101
 CVFM-Mountain View: p-828.732.5150, f-828.732.5151
 CVFM-North Hickory: p-828.732.5350, f-828.732.5351

CVFM-Northeast Hickory: p-828.732.5550, f-828.732.5551
 CVFM-Parkway: p-828.732.5780, f-828.732.5781
 CVFM-South Hickory: p-828.732.5500, f-828.732.5501
 CVFM-Sherrills Ford: p-828.732.5450, f-828.732.5451
 CVFM-Taylorsville: p-828.732.5300, f-828.732.5301
 CVFM-Viewmont: p-828.732.5800, f-828.732.5801
 CVFM-West Mountain View: p-828.732.5250, f-828.732.5251
 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 divulgue 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.