

CATAWBA VALLEY MEDICAL GROUP - FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES - ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

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 DE DOMICILIO (SI ES DIFERENTE A DIRECCIÓN POSTAL) _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓD.POSTAL _____ TEL. DOMICILIO (____) ____ - ____

TEL. CELULAR (____) ____ - ____ TEL. DEL TRABAJO (____) ____ - ____ EXT. _____

RAZA: _____ ORIGEN ÉTNICO: HISPÁNO NO HISPANO

¿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 _____

TIEMPO COMPLETO SIN EMPLEO JUBILADO TIEMPO 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:

(Parte responsable es la persona financieramente responsable por estados 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

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 abajo y denos su dirección de email. Los pacientes de 13 a 17 años no tienen acceso al Portal del Paciente.

Sí **No** Dirección de email: _____

FARMACIA (MINORISTA):**FARMACIA (VENTA POR CORREO):**

NOMBRE _____

NOMBRE _____

UBICACIÓN _____

UBICACIÓN _____

RESURTIDOS DE RECETAS:

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: (_____) _____ - _____

Debido a nuestra participación en los Programas Federales de Atención Médica, nos obligan a recopilar esta información:

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/Trans hombre/mujer a hombre (FTM)

Mujer transgénero/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: _____

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

Nombre	Teléfono	Relación con el paciente

Para citas de especialista: ¿Quién es su proveedor de atención primaria? _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO:

Por favor, provea su tarjeta de seguro para que podamos escanear una copia en su registro médico.

Mi firma a continuación significa que la información anterior es verdadera a mi leal saber y entender.

(FIRMA DEL PACIENTE)

(FECHA)

(FIRMA DEL RESPONSABLE)

(RELACIÓN)

(FECHA) Rev. 8.30.23

CATAWBA VALLEY MEDICAL GROUP

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y ACUERDO FINANCIERO

Consentimiento

Doy mi consentimiento voluntario para los procedimientos de diagnóstico y la atención que el médico, su asistente o los consultores designados consideren necesarios. Entiendo que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y, además, reconozco que no se me han dado garantías en cuanto al resultado del examen o tratamiento en esta clínica.

Seguro

Por la presente, asigno todos los beneficios del seguro médico y/o quirúrgico directamente a Catawba Valley Medical Group (CVMG) y a los médicos que prestan servicios, que de otro modo me serían pagaderos, incluidos Medicaid, seguro privado, otros planes de salud y beneficios médicos de compensación para trabajadores. Entiendo que mi seguro se presentará automáticamente como cortesía. Entiendo que todos los copagos del seguro y los deducibles no cubiertos se deben pagar en el momento del servicio.

Acuerdo financiero

Entiendo y reconozco que soy responsable de todos los cargos no pagados por mi plan de seguro, incluidos, entre otros, deducibles, coseguros y servicios no cubiertos. Acepto ser responsable y pagar cualquier servicio que mi seguro no haga.

Entiendo que el pago vence en el momento del servicio. Las opciones de pago son dinero en efectivo, cheque, Visa, MasterCard, Discover y American Express. Autorizo a CVMG a cobrar por cuenta bancaria o tarjeta de débito a partir de esta fecha de servicio el monto que yo determine. Autorizo reembolsos a mi seguro por sus sobrepagos según sea necesario. Todas las cuentas pendientes deben estar satisfechas antes de recibir un reembolso del pago del paciente. Los saldos impagos se remitirán a una agencia externa para su cobro. La falta de pago de los saldos de la tarjeta Access One Med también se remitirá a una agencia externa para su cobro.

Entiendo que CVMG también ofrece una opción de pago adicional para los pacientes cuyas necesidades requieren plazos extendidos para pagar los saldos en su totalidad. La tarjeta médica AccessOne permite a los pacientes realizar pagos mensuales a una tasa de interés mínima. Las solicitudes para AccessOne están disponibles en la recepción.

Entiendo que las visitas a Catawba Valley Urgent Care Saturday Clinic y Catawba Valley Urgent Care - Piedmont incluirán un cargo adicional por conveniencia para el servicio fuera del horario de atención.

Citas perdidas

Si necesita cancelar o reprogramar una cita, comuníquese con nuestro consultorio 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 los objetos de valor personales que se traigan a la práctica o se dejen en mi vehículo.

Grabación o filmación

Grabación o filmación (incluyen fotografías, video, medios electrónicos o de audio): Entiendo que de vez en cuando Catawba Valley Medical Group puede grabarme o filmarme mientras 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 para uso organizacional interno para ayudar a mantener o mejorar la calidad de la atención y educar al personal médico.

Divulgación de información y aviso de prácticas de privacidad

Autorizo a CVMG a divulgar la información necesaria para las actividades externas e internas de mejora de la calidad, incluida la información requerida por los organismos reguladores y de acreditación. Como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad, CVMG puede permitir que los proveedores de atención médica tengan acceso a mi información médica para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. En un esfuerzo por mejorar mi atención, CVMG está participando 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 o "optar por no participar".

He leído el Acuerdo de Consentimiento para el tratamiento y financiero, entiendo y acepto sus términos. 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.

Nombre del paciente en letra de imprenta: _____ Fec. Nac. del paciente: _____

X

Firma del paciente o de la parte responsable

Fecha

6/25/2021



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.