

**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**



# CATAWBA VALLEY MEDICAL GROUP

S P E C I A L T Y C A R E

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Catawba Valley Cardiology	Catawba Valley Vascular Surgery	Catawba Valley Pulmonology	Catawba Valley Foot & Ankle Ctr.	Catawba Valley Surgery & Cancer Ctr.
p: 828.732.5700 f: 828.732.5701	p: 828.732.5200 f: 828.732.5201	p: 828.732.5400 f: 828.732.5401	p: 828.732.5530 f: 828.732.5531	p: 828.732.7400 f: 828.732.7401

## 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 SIQUIÁTRICO
- 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.*