



Western North Carolina Community Health Services

FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES
Por favor, devuelva los formularios completados a la recepción

• CAMPO REQUERIDO

DATOS DEL/DE LA PACIENTE

*Nombre del/de la paciente	*Apellido(s) del/de la paciente	Inicial medio	Nombre preferido	*Fecha de nac .
Correo electrónico	N.º de teléfono de casa		N.º de teléfono celular	
*Domicilio (calle)	Apartamento	Domicilio (calle)		Apartamento
*Ciudad	*Estado	*Código postal		Ciudad
*Medio de contacto preferido Teléfono de casa () Celular () E-mail () Texto ()		**Al verificar lo anterior, usted está consintiendo recibir comunicaciones de atención médica de WNCCHS, a menos que rechace la comunicación de atención médica por escrito.		
*¿Ha estado aquí como paciente anteriormente? NO () Sí ()				
Estado civil (elija uno) Soltero/a () Casado/a () Divorciado/a () Separado/a () Viudo/a ()				
*¿Cómo supo de nosotros? Familiar / Amistad () Servicios Sociales () Depto. Salud () Médico privado () Internet / En línea ()				
Antiguo/a paciente () Empleado/a de WNCCHS () Otro ()				
*¿Cuál es su raza? Asiática () Nativa americana / de Alaska () Negra / Afroamericana () Blanca () Nativa de Hawaii ()				
Isla del Pacífico () Prefiero no decir				
*¿Cuál es su etnia? () Latina / Hispana () No latina / hispana () No declarada				
¿Cuál es su situación laboral? Empleado/a () Desempleado/a () Estudiante () Discapacitado/a () Jubilado/a ()				
¿Sexo en el certificado de nacimiento? Masculino () Femenino ()				
¿Cuál es su identidad de género? Masculina () Femenina () Transgénero (Mujer a hombre) () Transgénero (Hombre a mujer) ()				
No binaria ()				
¿Cuál es su orientación sexual? Heterosexual () Gay () Lesbiana () Bisexual () Desconocida () Prefiero no decir ()				

Nombre de la farmacia: _____ Ubicación : _____

¿Tiene un poder notarial para atención médica Sí () NO () Si ha respondido que sí,

• CAMPO REQUERIDO

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre del contacto de emergencia	Relación con el/la paciente	N.º de teléfono	N.º de teléfono alternativo
*¿Qué datos se compartirán con el contacto? Expedientes médicos completos Citas () Financieros / Facturación () Recogida en farmacia () tos de emergencia () Resultados de laboratorio () Exámenes () Diagnósticos () Mi tratamiento Otro fin específico ()			

ACEPTACIÓN DEL INTERCAMBIO DE DATOS MÉDICOS

North Carolina Information Exchange (NCHIE) es una manera de compartir datos médicos entre consultorios de médicos, hospitales, laboratorios, centros de radiología y otros proveedores de atención médica participantes. El objetivo de este intercambio de información es garantizar que cada proveedor tenga acceso a la información más reciente disponible de otros proveedores. WNCCHS ha decidido participar en el NCHIE más reciente para compartir los datos de nuestros pacientes con otros proveedores de atención médica en el estado de North Carolina y poder participar en otros intercambios a medida que están disponibles. Si no desea que otros proveedores vean sus datos, tiene a su disposición formularios de oposición en la web de NCHIE que puede enviar directamente a NCHIE (www.hiea.nc.gov).

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Yo, _____, por la presente confirmo haber recibido el aviso de prácticas de privacidad que Western North Carolina Community Health Services me entregó.

Al firmar, confirmo que toda mi información proporcionada es correcta. Firma del paciente (o tutor): _____ Fecha: _____

Iniciales del personal : _____



Western North Carolina Community Health Services

DATOS DEL SEGURO DEL/DE LA PACIENTE

Debe presentar su tarjeta del seguro cada vez que informe de su llegada

PARTE RESPONSIBLE

(Por favor complete la forma para todos los pacientes Menores de 18 años)

Apellido(s), Nombre _____ Relación con el/la paciente _____ N.º del seg. social _____ Fecha de nacimiento _____

SEGURO PRIMARIO

Nombre del plan: _____	N.º de ID: _____
Titular de la póliza: _____	N.º de grupo: _____
Fecha de nacimiento del titular: _____	

SEGURO SECUNDARIO

Nombre del plan: _____	N.º de ID: _____
Titular de la póliza: _____	N.º de grupo: _____
Fecha de nacimiento del titular: _____	

POLÍTICA DE AUSENCIAS, DEMORAS Y CANCELACIONES

Cualquier visita que el paciente no llame y cancele / re programe 24 horas antes de la cita o que el paciente no asista dentro de un **período de gracia de diez minutos después de la hora de la cita**, la visita se considera una cita "No Show". Si ha continuado con las citas sin presentación, podría estar restringido para programar citas futuras. Por favor, sea considerado con el tiempo de sus proveedores médicos y llame al **828-285-0622**, con anticipación para hacerle saber a WNCCHS si no puede asistir a su visita programada.

DATOS FINANCIEROS

(Firme más abajo si tiene seguro)

Tenga en cuenta que su seguro puede no cubrir todos sus cargos y usted es responsable de cualquier saldo en su cuenta y se le facturará hasta que ese saldo se pague en su totalidad. WNCCHS requiere el pago el día del servicio. Este pago incluye deducibles pendientes, copagos, servicios no cubiertos o pagos de tarifas deslizantes sobre cualquier cargo restante después de que el seguro haya realizado el pago en su cuenta. Como paciente de WNCCHS, usted puede ser elegible para servicios con descuento. Nuestros servicios están disponibles sobre una base de "capacidad de pago", simplemente le pedimos que solicite una solicitud de escala de tarifa móvil y proporcione información precisa para una revisión de la elegibilidad. WNCCHS considera los ingresos de su hogar y el tamaño de su familia y cobra una tarifa nominal basada en la información proporcionada. Si sus beneficios de atención médica no cubren los servicios de pruebas de laboratorio clínico, recibirá una factura separada de Lab Corp de la que será responsable, si se realizan servicios de recolección de muestras.

Gracias por elegirnos como su socio de atención médica. La firma de este formulario indica que usted está al tanto de lo anterior y fue informado del programa de honorarios deslizantes. Por la presente autorizo la asignación de todos los beneficios de seguro pagaderos directamente a WNCCHS.

Firma del/de la paciente (o del tutor): _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

Western North Carolina Community Health Services, Inc. (WNCCHS) se dedica a proporcionar servicios de atención primaria de calidad a la comunidad. La atención primaria incluye atención preventiva, urgente y para enfermedades crónicas para condiciones y problemas médicos y mentales. Esto incluye también pruebas de laboratorio (como pruebas de detección de VIH y análisis de orina para detectar consumo de drogas) y otras pruebas de diagnóstico. Entiendo que puedo rechazar someterme a una prueba de detección de VIH y a otras pruebas de diagnóstico.

Una atención integral y coordinada puede requerir que sus proveedores cuenten con otros especialistas médico como parte de su equipo de atención. Los miembros de su equipo de atención colaborarán y compartirán datos clínicos. La documentación de todos los proveedores del equipo de atención, incluida la salud mental, se almacenarán en nuestro registro médico electrónico.

Entiendo que si tengo 18 años o más de edad, puedo dar mi consentimiento para recibir todos los servicios médicos. En caso contrario, mi padre, madre o tutor legal necesitará dar su consentimiento para recibir servicios. Debe tener en cuenta que la ley del estado de NC permite que aquellos que no hayan cumplido los 18 den su consentimiento para recibir tratamientos sin necesidad de obtener el consentimiento del padre o de la madre cuando dicho tratamiento esté relacionado con la salud reproductiva, embarazos, drogadicción o servicios de salud mental.

Consulte con el proveedor de su tratamiento en caso de estar interesado/a en proporcionar su propio consentimiento.

Objetivo del documento: El objetivo de este documento es resumir sus derechos y responsabilidades como paciente de WNCCHS, así como nuestros derechos y responsabilidades con usted. Debe revisar este documento con mucha atención y hacer preguntas o pedir aclaraciones a su proveedor de WNCCHS acerca de las temas que aparecen en este documento. Debe firmar este documento para indicar que lo ha leído por completo. Recibirá una copia firmada de este formulario de consentimiento.

Límites de la confidencialidad: Toda información que comparta con su proveedor de WNCCHS durante el transcurso del tratamiento es confidencial y no se divulgará sin su permiso por escrito (o el permiso de su padre o madre si tiene menos de 18 años) excepto para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica según lo permita la ley. La divulgación también se permite o es obligatoria por ley cuando: (1) existan sospechas razonables de abuso de menores, abuso de adultos mayores y/o abuso de adultos discapacitados; (2) exista una sospecha razonable de que usted pueda suponer un riesgo de violencia a los demás; y/o (3) exista una sospecha razonable de que es probable que se lastime a sí mismo/a. La divulgación puede ser necesaria en conformidad con un procedimiento judicial. Si tiene alguna pregunta acerca de los límites de confidencialidad, debe plantear sus dudas a un proveedor de salud mental antes de firmar este documento.

HIPAA: La norma de privacidad HIPAA es una norma desarrollada por U.S. Department of Health and Human Services que establece un nivel mínimo de protección de la privacidad de los datos de atención médica. La norma de privacidad establece los derechos del paciente en relación con el uso y la divulgación de sus datos médicos. Debe tener en cuenta que enviaremos datos según los pida su compañía de seguros para recibir pagos. Su firma a continuación indica que usted autoriza a WNCCHS a presentar una solicitud de pago a su compañía de seguros. Nuestro aviso de prácticas de privacidad está disponible en nuestra web (www.WNCCHS.org) o previa solicitud.

Al firmar este formulario (o al firmarlo el padre, la madre o el tutor si es necesario), confirmo que he leído este formulario (o bien me lo han leído y/o explicado), que lo entiendo y que se ha respondido a las preguntas que haya preguntado.

Por la presente acepto y doy mi consentimiento para someterme a una evaluación y a tratamiento para mí mismo/a y/o los/las niños/as indicados más arriba, incluido cualquier estudio o procedimiento que el personal profesional de WNCCHS decida que es necesario o adecuado. Puedo revocar mi consentimiento más adelante. Si estoy firmando en calidad de padre, madre o tutor, por la presente represento y garantizo que estoy legalmente facultado/a y autorizado/a a tomar tales decisiones.

Firma del/de la paciente (o del tutor): _____ Fecha: _____



ACUERDO DEL/DE LA PACIENTE

El paciente mencionado anteriormente acepta TODOS los términos y condiciones que se enumeran a continuación. Mi firma a continuación certifica que he leído (o alguien me ha leído) todo este documento, que lo entiendo, y que tengo la autoridad legal para firmar por el paciente mencionado anteriormente.

- Para decimos el historial de salud del paciente, incluidos todos los proveedores de atención médica (especialistas) que cuidan al paciente Y todos los medicamentos (recetados y no recetados) que el paciente está tomando.
- **Para cumplir con cada cita programada o reprogramar antes de la cita.** Un paciente que no ha venido a la clínica en 12 meses es desactivado. Esto significa que no podemos atender al paciente de nuevo hasta que él o ella complete el nuevo proceso de inscripción de pacientes (Ingesta).
- Siga, en la medida de las posibilidades del paciente, el plan de atención médica acordado, o exprese sus preocupaciones si no puede seguirlo.

Abstenerse de participar en cualquiera de las conductas prohibidas que se enumeran a continuación:

- Poseer un arma de fuego o arma de fuego de cualquier tipo con o sin una licencia / permiso mientras esté en la propiedad arrendada o la propiedad de WNCCHS.
- Usar, o intentar usar, la fuerza física o la violencia contra cualquier individuo, independientemente de los medios, por ejemplo, manos o puños, piernas, uso de cualquier objeto como arma.
- Comunicar cualquier amenaza, explícita o implícita, verbalmente o por escrito, de cualquier daño físico/psicológico/emocional a cualquier persona en o relacionada con WNCCHS, incluso si la amenaza se expresa solo a través de medios electrónicos (por ejemplo, redes sociales).
- Ignorar cualquier política, procedimiento, solicitud o instrucción que el personal autorizado de WNCCHS considere necesario y apropiado para mantener la seguridad, las operaciones ordenadas y un ambiente respetuoso.
- Dirigir cualquier lenguaje obsceno, asqueroso, vulgar u ofensivo a cualquier individuo en WNCCHS.
- Hacer comentarios degradantes sobre la raza, religión, etnia, origen nacional, sexo, orientación sexual, identidad de género, discapacidad, diagnósticos, estado migratorio, dominio del inglés, nivel de alfabetización/educación o apariencia física de cualquier persona (por ejemplo, "avergonzar el cuerpo"). WNCCHS considera que todos estos comentarios son discursos de odio y no serán tolerados.
- Invasión o violación de la privacidad y confidencialidad de cualquier persona en WNCCHS mediante la grabación, reproducción o difusión de la imagen, voz o información de identificación de la persona (por ejemplo, "etiquetado" y publicación en Facebook) sin el consentimiento explícito por escrito de la persona.
- Destrucción física de la propiedad de WNCCHS o propiedad de un empleado, paciente o miembro del público.

Nombre del/de la paciente (escríbalo): _____

Firma del/de la paciente (o del tutor): _____ Fecha: _____