West Caldwell Health Council, Inc.

Collettsville Medical Center
4330 Collettsville Rd
Collettsville, NC 28611
Tel: (828) 754-2409 Fax: (828) 754-2418

Happy Valley Medical Center
1345 NC Highway 268
Lenoir NC 28645
Tel: (828) 754-6850 Fax: (828) 757-3214

Información del paciente:

Nombre (apellido, nombre, segundo nombre): _____

Nombre preferido: _____

Dirección física: _____

Dirección postal si es diferente: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

Sexo:
____ Masculino
____ Femenino
____ No identificado

Identidad de género:
____ Masculino ____Hombre transgénero
____ Femenino ____Mujer transgénero
Otro (especificar): _____

Orientación sexual:
____Heterosexual ____Bisexual
____Gay/Lesbiana ____ Desconocido
Otro (especificar): _____

Número de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Estado civil: ____Soltero ____Casado ____Separado ____Viudo ____Divorciado

Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Celular/Tel. alternativo: _____
Nota: los números de teléfono se usarán para llamadas de recordatorios.

Email: _____
Nota: este emaiil se usará para encuestas de satisfacción del paciente y actualizaciones del portal del paciente.

Nivel de educación más alto (último grado completado): _____

Información adicional:

Raza (elija una): ____ Indio americano/Nativo de Alaska ____ Asiático ____ Negro/Afroamericano
____ Nativo de Hawái/Otras islas del Pacífico ____ Blanco ____ Dos o más razas

Origen étnico (elija uno): ____ Hispano ____ No hispano

Idioma preferido: ____Inglés ____Español Otro (especificar): _____

O Elijo no dar información demográfica. _____ (Iniciales aquí)

Información del seguro:

¿Tiene seguro médico? (Marque una opción con un círculo) SÍ NO
Compañía de seguros principal: _____

¿Tiene un seguro médico secundario? (Marque una opción con un círculo) SÍ NO
Compañía de seguros secundaria: _____

¿Está cubierto por un plan de medicamentos? (Marque una opción con un círculo) SÍ NO

West Caldwell Health Council Inc. ofrece un Programa de servicios con descuento a personas de bajos ingresos que califican.
¿Quiere información sobre este programa? (Marque una opción con un círculo) SÍ NO

West Caldwell Health Council Inc. ofrece un Programa de asistencia con medicamentos a personas de bajos ingresos que califican.
¿Quiere información sobre este programa? (Marque una opción con un círculo) SÍ NO

_____
Firma del paciente, padre o tutor, o poder notarial para atención médica **Fecha**

West Caldwell Health Council, Inc.

Collettsville Medical Center
PO Box 9
Collettsville, NC 28611
828-754-2409

Happy Valley Medical Center
PO Box 319
Patterson, NC 28661
828-754-6850

ANTECEDENTES MÉDICOS Y FAMILIARES

Nombre completo:	Fecha de nacimiento:

ANTECEDENTES MÉDICOS

	Ansiedad		Diarrea		Presión alta		Apoplejía
	Cambios en el apetito		Mareos/Desmayos		Cálculos renales		Dificultad para tragar
	Asma		Trastornos de la alimentación		Intolerancia a la lactosa		Inflamación de las articulaciones
	Dificultad para respirar		Zumbido (oídos)		Enfermedad mental		Temblores
	Sangrado/Fácil aparición de hematomas		Fatiga (crónica)		Migraña/Dolor de cabeza		Trastorno de la tiroides
	Cáncer (describa)		Gota		Debilidad muscular		Úlceras estomacales
	Dolor torácico		Acidez		Nauseas/Vómitos		Problemas urinarios (describa)
	Estreñimiento		Soplo cardíaco		Entumecimiento en las manos o en los pies		Venas varicosas
	Tos crónica		Hemorroides		Dolor (describa)		Problemas de la vista
	Depresión		Hernia		Convulsiones		Cambio en el peso
	Diabetes		Hepatitis		Apnea del sueño		Heridas (lenta cicatrización en las piernas)

DESCRIPCIÓN/COMENTARIOS:

Transfusiones de sangre previas	Problemas dentales	Dispositivos implantables	Lunares que han cambiado
¿Es sexualmente activo o activa?	Método anticonceptivo	Cantidad de embarazos	Fecha de la última menstruación

HOSPITALIZACIONES	PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

HÁBITOS DE ESTILO DE VIDA

Consumo de sustancias	Alcohol (cuándo comenzó/con qué frecuencia)	Consumo de tabaco (cuándo comenzó/con qué frecuencia)
Consumo de cafeína	Dieta: normal, baja en sal, baja en grasa, para diabético	Ejercicio

MEDICAMENTOS/ALERGIAS: *Use el reverso de la página si necesita más espacio.*

Nombre	Dosis/Concentración	Nombre	Dosis/Concentración

Alergias (medicamentos, comida, látex)	Reacciones

ANTECEDENTES FAMILIARES

	Padres	Abuelos	Hermanos		Padres	Abuelos	Hermanos
Asma (Z82.5)				Presión alta (Z84.89)			
Cáncer (describa) (Z80.?)				Enfermedad renal (Z84.1)			
Diabetes (Z83.3)				Enfermedad mental (Z81.8)			
Glaucoma (Z83.511)				Apoplejía (Z82.3)			
Enfermedad cardíaca (Z82.49)				Abuso de sustancias (Z81.?)			

Firma del padre, madre o tutor: _____ Fecha:_____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Indique el nombre, la dirección y el número de teléfono (si se conoce) de todos los proveedores médicos, centros de atención de urgencias, sala de emergencias/departamento de emergencias y hospitales a través de los que haya recibido atención médica en los últimos dos años.

1.

2.

3.

4.

5.

6.

*Use el reverso de la página si necesita más espacio.**

West Caldwell Health Council, Inc.

Collettsville Medical Center
Old Highway 90/PO Drawer 9
Collettsville, NC 28611
Teléfono: (828) 754-2409
Fax: (828) 754-2418

Happy Valley Medical Center
Highway 268/PO Box 319
Patterson, NC 28661
Teléfono: (828) 754-6850
Fax: (828) 757-3214

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Operamos como Federally Qualified Community Health Center (Centro de Salud Comunitario Calificado a nivel Federal) y tenemos la obligación de mantener cierta información estadística para los informes anuales del Uniform Data System (Sistema Uniforme de Datos, UDS). Ayúdenos a mantener actualizada nuestra base de datos facilitando la siguiente información:

Cantidad de personas en su grupo familiar: _____

Ingresos familiares anuales (marque con un círculo una opción):

Menos de $10,000	De $40,001 a $50,000
De $10,001 a $20,000	De $50,001 a $60,000
De $20,001 a $30,000	De $60,001 a $70,000
De $30,001 a $40,000	Más de $70,001

Tipo de seguro médico (marque con un círculo una opción):
Ninguno Medicare Medicaid Seguro privado

Cantidad de hijos vivos que tiene: _____

¿Alguna vez ha servido en el ejército de los Estados Unidos?
Marque con un círculo la respuesta: Sí No

Educación (marque con un círculo una opción): *Diploma de *high school* *GED *Título universitario

*Educación inferior a la *high school* – Si selecciona esta opción, escriba el último grado que completó: _____

*Educación universitaria incompleta – Si selecciona esta opción, escriba el último año que completó: _____

<u>A esta sección debe completarla el personal de la clínica</u>:

¿El paciente tiene un diagnóstico de diabetes?	Sí	No
Si la respuestas es "Sí", indique los valores más reciente de HcA1C:	_____	Fecha de medición: _____
¿El paciente tiene un diagnóstico de hipertensión?	Sí	No
Si la respuestas es "Sí", indique los valores más reciente de presión arterial	_____/_____	Fecha de medición: _____

Cuestionario para el paciente

En nuestro esfuerzo por ofrecerle un mejor servicio y cumplir las normas de privacidad que exigen las leyes federales estatales vigentes, le pedimos que se tome un momento para completar el cuestionario de abajo y nos lo envíe para guardarlo en sus registros.

Compartir información médica: Doy mi consentimiento para revelar la siguiente información médica protegida sobre mí a las personas mencionadas que participan en mi atención o en el pago de mi atención. Si no hay ninguna, escriba "Ninguna".

		Escriba toda la información que corresponda:		
Nombre de la persona de contacto y relación	**Número de teléfono**	**Información necesaria para pedir por teléfono/recoger recetas o equipos médicos**	**Información necesaria para programar citas para mí, incluida la información sobre los pagos**	**Toda mi información médica, incluidos los resultados de laboratorio y de las pruebas**

¿Cuál es el mejor número de teléfono para contactarlo? _____

Enumere las **farmacias, droguerías o compañías de suministros médicos** a donde quiere que se envíen por teléfono, por fax o de forma electrónica sus recetas: _____

_____
Nombre del paciente (a máquina o en letra de imprenta)

_____
Firma del paciente, padre, madre o tutor, o del apoderado de atención médica **Fecha**

West Caldwell Health Council, Inc.

Collettsville Medical Center
Old Highway 90/PO Drawer 9
Collettsville, NC 28611
Teléfono: (828) 754-2409
Fax: (828) 754-2418

Happy Valley Medical Center
Highway 268/PO Box 319
Patterson, NC 28661
Teléfono: (828) 754-6850
Fax: (828) 757-3214

DECLARACIÓN PARA AUTORIZAR TRATAMIENTOS, OPERACIONES, PAGOS DEL SEGURO Y REVELACIONES DE INFORMACIÓN MÉDICA

Al firmar abajo, doy mi consentimiento para el tratamiento.

_____

Nombre del paciente (a máquina o en letra de imprenta)

_____

Firma del paciente, padre, madre o tutor, o del apoderado de atención médica **Fecha**

Con mi firma, indico que he leído la Política financiera, que entiendo su contenido y que acepto sus disposiciones. Por medio de la presente, autorizo de por vida a las clínicas de West Caldwell Health Council, Inc. a presentar reclamos de seguro de cualquier tipo en mi nombre y a recibir el pago de los servicios prestados en esas clínicas y por cualquiera de sus cesionarios, asociados o colegas.

Además, con mi firma, autorizo de por vida la revelación de toda la información médica protegida necesaria para presentar reclamos de seguro.

_____

Nombre del paciente (a máquina o en letra de imprenta)

_____

Firma del paciente, padre, madre o tutor, o del apoderado de atención médica **Fecha**

West Caldwell Health Council, Inc.

Collettsville Medical Center
Old Highway 90/PO Drawer 9
Collettsville, NC 28611
Teléfono: (828) 754-2409
Fax: (828) 754-2418

Happy Valley Medical Center
Highway 268/PO Box 319
Patterson, NC 28661
Teléfono: (828) 754-6850
Fax: (828) 757-3214

POLÍTICA DE TABACO

Está prohibido el uso de productos derivados del tabaco de cualquier tipo o descripción en cualquier propiedad que West Caldwell Health Council, Inc. posea, ocupe o alquile. Esto incluye, entre otras:

- Edificios
- Estacionamientos
- Automóviles
- Aceras

Los productos derivados del tabaco incluyen, entre otros:

- Cigarrillos
- Cigarros
- Productos de tabaco sin humo (tabaco para mascar, rapé, tabaco en polvo)
- Pipas
- Cigarrillos electrónicos y vaporizadores (vapeadores)

Se dará de baja a cualquier paciente al que se descubra usando productos derivados del tabaco de cualquier tipo en la propiedad.

Además, si se descubre que una persona que acompaña a un paciente está usando productos derivados del tabaco de cualquier tipo en la propiedad, se dará de baja al paciente.

Revisado en 5/2016

West Caldwell Health Council, Inc.

Collettsville Medical Center
Old Highway 90/PO Drawer 9
Collettsville, NC 28611
Teléfono: (828) 754-2409
Fax: (828) 754-2418

Happy Valley Medical Center
Highway 268/PO Box 319
Patterson, NC 28661
Teléfono: (828) 754-6850
Fax: (828) 757-3214

Política de "ausencias sin aviso" a las citas

Cuando programa una cita con uno de nuestros proveedores, ese tiempo se reserva exclusivamente para que usted analice y revise sus preocupaciones médicas. Entendemos que, en ocasiones, surgen circunstancias imprevistas y que se puede presentar la necesidad de tener que cancelar su cita programada. Si llama a nuestro consultorio y avisa de forma adecuada, nos permitirá ofrecer ese tiempo de cita a otro paciente que necesite consultar al proveedor.

Si no se nos notifica, se pueden aplicar cargos por "ausentarse sin aviso" o cancelar de forma tardía. Estos cargos deben pagarse antes de su próxima consulta. Usted es responsable de todo cargo que se le cobre por "ausentarse sin aviso"; no se le facturará a su compañía de seguros.

Una "ausencia sin aviso" es una cita:

- a la que el paciente no se presenta sin previo aviso;
- que se cancela con menos de 24 horas de anticipación;
- que se reprograma porque el paciente llegó 15 minutos o más después de la hora programada;
- que se reprograma porque el paciente no llevó sus medicamentos.

Si un paciente se "ausenta sin aviso" constantemente durante un período específico, WCHC se reserva el derecho de dar de baja a ese paciente de nuestras clínicas.

Ausencias sin aviso consecutivas: Después de la tercera "ausencia sin aviso" consecutiva, se puede dar de baja al paciente.

Ausencias sin aviso no consecutivas: Después de la quinta "ausencia sin aviso" no consecutiva en un año, se puede dar de baja al paciente.

Revisado en 7/2017

West Caldwell Health Council, Inc.

Collettsville Medical Center
Old Highway 90/PO Drawer 9
Collettsville, NC 28611
Teléfono: (828) 754-2409
Fax: (828) 754-2418

Happy Valley Medical Center
Highway 268/PO Box 319
Patterson, NC 28661
Teléfono: (828) 754-6850
Fax: (828) 757-3214

POLÍTICA FINANCIERA

RESUMEN DE LAS POLÍTICAS DE COBRO

1. Se espera que el paciente pague el total de los servicios en el momento de la consulta, a menos que el seguro cubra los cargos del día.

2. Si el seguro cubre el servicio, se espera que el paciente pague el deducible y el coseguro en el momento de la consulta. Si no se recibe el pago del seguro 120 días después de la presentación del reclamo ante el seguro, el paciente será responsable de los cargos.

3. Los pacientes que tienen seguro son responsables de pagar los servicios que no estén cubiertos por su seguro.

4. El consultorio presentará hasta dos reclamos de seguro en nombre del paciente. Los pacientes con más de dos compañías de seguros recibirán la documentación necesaria para presentar sus reclamos o pueden pagar $25 por reclamo adicional para presentar más de dos reclamos.

5. Los pacientes tienen la opción de pagar los servicios en efectivo, con cheque o con tarjeta de crédito (MasterCard/Visa).

6. Se aplicará un cargo de $25 por procesar cheques con fondos insuficientes (NSF). No se aceptarán más cheques hasta que se hayan pagado el cheque con NSF y los cargos relacionados.

7. A todos los pacientes con saldos pendientes se les facturará mensualmente. La parte que le corresponde al paciente de la factura se debe pagar al recibir el estado de cuenta del paciente.

8. Los pacientes que tengan dificultades para pagar la cuenta en su totalidad al recibir el estado de cuenta deben comunicarse con el consultorio para acordar un plan de pago. El consultorio tiene disposiciones de pago especiales para las personas que necesitan atención médica pero que no tienen los medios para pagar los servicios. Sin embargo, esas personas deben calificar para la asistencia por medio de una solicitud aprobada.

9. Los pacientes que no hagan ningún esfuerzo para pagar sus saldos pendientes en tiempo y forma, y que no se comuniquen con el consultorio para acordar un plan de pago, estarán sujetos a un sistema de cobro progresivo.

10. Después de tres ciclos de facturación, los pacientes que no intenten saldar sus cuentas ni acordar un plan de pago estarán sujetos a las medidas de una agencia de cobro o a una acción judicial y, en última instancia, se les negarán los servicios del consultorio.

Si tiene problemas para leer o entender estas políticas, pídale ayuda al recepcionista. El Manual de políticas y procedimientos financieros completo está disponible a solicitud.

Revisado en 6/2011

West Caldwell Health Council, Inc.

Collettsville Medical Center
Old Highway 90/PO Drawer 9
Collettsville, NC 28611
Teléfono: (828) 754-2409
Fax: (828) 754-2418

Happy Valley Medical Center
Highway 268/PO Box 319
Patterson, NC 28661
Teléfono: (828) 754-6850
Fax: (828) 757-3214

RECONOCIMIENTO DE REVELACIONES

Instrucciones: Escriba sus iniciales en cada línea; luego firme y coloque la fecha al final de la hoja.

_____ Con mi firma, indico que he recibido una copia de la Política de tabaco (Rev. 5/2016), que la he leído y que entiendo su contenido.

_____ Con mi firma, indico que he recibido una copia del Resumen de políticas de cobro (Rev. 6/2011) de la Política financiera, que lo he leído y que entiendo su contenido.

_____ Con mi firma, indico que he recibido una copia de la Política de "ausencias sin aviso" a las citas (Rev. 1/2012), que la he leído y que entiendo su contenido.

_____ Con mi firma, indico que he recibido una copia del aviso que describe "Cómo se puede utilizar y revelar su información médica" y "Cómo puede acceder a esta información", vigente desde el 9/15/2013.

_____

Nombre del paciente (a máquina o en letra de imprenta)

_____

Firma del paciente, padre, madre o tutor, o del apoderado de atención médica **Fecha**