

WALK IN



Completing the Circle of Care

Pacientes Nuevos Requiriendo Tratamiento Para Dolor

Mount Olive Family Medicine Center Inc. ya no aceptara pacientes quienes requieren tratamiento para el dolor. No podremos aceptarlo/a como paciente si usted está tomando medicamento para el dolor tales como: oxicodona, hydrocodona, oxycontin, fentanilo, morfina, diluadid, butrans, hydromorfona, nucynta, kadea, norco, tramadol o cualquier otro narcótico no mencionado.

No lo aceptaremos como paciente Nuevo para referirlo a un especialista del manejo del dolor si usted ya está tomando narcóticos.

Excepción:

Si usted ya está bajo tratamiento con una clínica para el manejo de dolor y puede proveer documentación que usted está bajo su tratamiento, cuidado y permanecerá bajo su cuidado, entonces nosotros podremos atender sus otras condiciones médicas. Tales como la diabetes, presión alta o cualquier otra condición médica. Si en cualquier momento usted rompe su contrato, usted será expuesto a ser despedido de nuestra clínica también.

Yo confirmo que no estoy tomando ninguno de los medicamentos mencionados y entiendo que Mount Olive Family Medicine Center, Inc. NO me recetara este tipo de medicamentos.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Nuestros médicos creen en las vacunas. Por lo tanto, TODOS los niños en nuestra clínica deben de seguir las normas estatales recomendadas para las vacunas para así poder establecerse como pacientes.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Póliza de Crédito

Su pago es requerido al tiempo de su servicio por cualquier factura que no sea cubierta por su seguro, esto incluye co-pagos y deducibles.

Si usted no puede pagar su factura en su totalidad, necesita hacer un plan de pago con nuestra oficina con anticipación.

Sus estados de cuenta serán enviados mensualmente por cualquier balance de \$20.00 o más. Los balances con menos de \$20.00 serán enviados trimestralmente. Su pago es requerido al recibir su estado de cuenta. Si usted no puede pagar la cuenta en su totalidad necesita hablar con Heather Tillman, la encargada de cuentas del paciente. Sugerimos al paciente contactarse con Heather Tillman si es que tiene una pregunta al 919-581-4961.

Póliza de Saldo Vencido

Si su estado de cuenta esta adeudada, usted debe de hacer un plan de pagos antes de su próxima cita. Nosotros usamos un abogado de colección para las cuentas vencidas.

Si no recibimos un pago dentro de 90 días y usted no tiene un plan de pagos en pie, se hará un intento por contactarlo por teléfono. Si nuestro atento es en vano y aun no tiene un plan de pago o no da un pago, se le enviara una carta de destitución. Los estados de cuenta no pagados dentro de 30 días a partir de la fecha de la carta de destitución serán enviados a colección y el paciente ya no será atendido en la clínica.

Póliza de Destitución

Si aún no recibimos un pago o un plan de pago dentro de 120 días a partir de la fecha de rendimiento de servicios, usted solo podrá regresar a la clínica si es que paga la cuenta en su totalidad o en caso de una emergencia de vida o muerte.

Póliza de Cheques Devueltos

Cheques devueltos o sin fondos están sujetos a un cargo de \$25.00 por nuestra oficina y serán manejados de la misma manera que cuentas delincuentes como lo mencionada arriba.

Firma del Paciente _____ **Fecha** _____

Relación al Paciente _____

Información del Paciente (WALK-IN)

(Incumplimiento de llenar esta aplicación totalmente solo demorara el procesamiento de su aplicación.)

Nombre (primero, segundo, y apellido) :	
Fecha de Nacimiento:	Edad:
Sexo: (favor de indicar) Masculino / Femenino	
Número de Seguro Social:	**favor de apuntarlo en su totalidad
Dirección de Domicilio:	
Ciudad:	
Estado:	
Código Postal:	
Teléfono de Casa:	
Celular:	
Correo Electrónico:	** Para acceso al portal del paciente
Raza:	
Etnicidad: (Favor de indicar) Hispano / No Hispano / Cualquier Otro	
Lenguaje: (Favor de indicar) Ingles / Español / Otro:	
Estado Civil:	
Farmacia:	*Ubicación:
# de Licencia de Conducir:	Estado Otorgado:

GARANTE:

Persona Responsable por cuenta del Paciente:
Relación al Paciente:
Dirección de Domicilio:
Teléfono de Casa:
Celular:

CONTACTO DE ERMERGENCIA:

Nombre del Contacto de Emergencia:
Relación al Paciente:
Teléfono de Casa:
Celular:

Usted paga de su Bolsillo? (Favor de indicar) Si / No, Yo tengo Seguro Médico.

****continúe a la siguiente hoja.**

Información del Seguro Médico Primario:

Nombre del suscriptor:
Fecha de Nacimiento del Suscriptor:
Relación al Paciente:
Nombre del Seguro Médico:
Numero de Póliza:
Numero de Grupo:

Información del Seguro Médico Secundario: (si aplica)

Nombre del suscriptor:
Fecha de Nacimiento del Suscriptor:
Relación al Paciente:
Nombre del Seguro Médico:
Numero de Póliza:
Numero de Grupo:

Información de Empleo del Paciente: No tengo empleo.

Empleador:
Dirección del Empleador:
Ciudad: Estado: Código Postal:
Número de teléfono comercial:
Profesión:

Yo afirmo que la información que he dado es correcta de acuerdo a mi saber y entender. Yo doy permiso a Mt. Olive Family Medicine Center de adquirir cualquier beneficio por parte de mi seguro médico a menos que aplique a mí. Entiendo que yo soy responsable por el pago de los servicios rendidos y también responsable de pagar cualquier copago o deducible que mi seguro médico no cubra. Yo doy autorización a MOFMC para que revela cualquier información necesaria para asegurar el pago de beneficios. Yo autorizo el uso de mi firma para el uso de todas las declaraciones de mi seguro médico. Yo confirmo haber recibido una copia de las pólizas de privacidad de MOFMC. Yo entiendo que la póliza de privacidad contiene información sobre el uso y la divulgación de información sobre mi salud personal y se me ha dado la oportunidad de leer esta póliza. Entiendo que los términos de la póliza pueden cambiar y en dado caso se me dará una copia de la póliza actualizada. Entiendo que tengo derecho a imponer restricciones sobre el uso y la divulgación de información con el propósito de tratamiento, pagos o operaciones del cuidado de mi salud. También entiendo que MOFMC no está obligado a ceder a tales restricciones, pero en dado caso que si este de acuerdo, será la responsabilidad de MOFMC esforzarlas.

Firma del Paciente/Partidario Responsable _____ **Fecha** _____

***continúe a la siguiente hoja.*

Historia Medica del Paciente

(Incumplimiento de llenar esta aplicación totalmente solo demorara el procesamiento de su aplicación.)

Nombre:
Fecha de Nacimiento:

Anote todas las recetas médicas, vitaminas, suplementos y medicinas sin receta que usted este tomando. Incluya la dosis y cuantas veces se lo toma al día. Si necesita más espacio para anotar por favor incluya una hoja con la lista de información en esta solicitud. **TRAIGA TODOS SUS MEDICAMENTOS CON USTED A CADA CITA.

Medicamento:	Dosis:	Dirección:
Medicamento:	Dosis:	Dirección:
Medicamento:	Dosis:	Dirección:
Medicamento:	Dosis:	Dirección:
Medicamento:	Dosis:	Dirección:

Toma medicina recetada para el dolor? (Favor de indicar) SI / No
Si indico si, cual es el nombre de la medicina?
Quien le está recetando tal medicina si su respuesta es sí?

MUJERES: Sospecha que este embarazada? (Favor de indicar) SI / No
Usted está amamantando actualmente? (Favor de indicar) SI / No

PROBLEMAS MEDICOS: Favor de indicar todos los que aplican.

<input type="radio"/> Problemas del Corazón	<input type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/> Enfermedad Mental
<input type="radio"/> Presión alta	<input type="radio"/> Coágulos de sangre	<input type="radio"/> Enfermedades Venéreas/ETSs
<input type="radio"/> Marcapasos	<input type="radio"/> Derrame Cerebral	<input type="radio"/> Hepatitis
<input type="radio"/> Válvula cardiaca artificial	<input type="radio"/> Tratamientos de Radiación	<input type="radio"/> VIH/SIDA
<input type="radio"/> Desfibrilador-cardioversor implantable	<input type="radio"/> Cáncer	<input type="radio"/> Dependencia Química

Alergias Alimentarias y Reacciones:
Alergias a Medicamentos y Reacciones:
Alergias Ambientales:
Usted se pone inyecciones para las alergias? (Favor de indicar) SI / No

HISTORIA QUIRURGICA

Cirugía:	Año:	Ubicación:
Cirugía:	Año:	Ubicación:
Cirugía:	Año:	Ubicación:
Cirugía:	Año:	Ubicación:
Cirugía:	Año:	Ubicación:
Cirugía:	Año:	Ubicación:

**continúe a la siguiente hoja.

Hábitos de Salud/Historia Personal

(Incumplimiento de llenar esta aplicación totalmente solo demorara el procesamiento de su aplicación.)

Nombre del Paciente:
Fecha de Nacimiento:
Tiene historia familiar de (Favor de indicar) : Cáncer / Enfermedades del Corazón / Diabetes
Tiene niños en casa? (Favor de indicar) Si / No Si la respuesta es sí, cuantos? _____
Cuantos adultos viven en casa? _____
Consumo Cafeína (café, té, o soda)? (Favor de indicar) Si / No
Alguna vez ha abusado del uso de un medicamento? (Favor de indicar) Si / No / Pasado
Si su respuesta es sí, cual medicamento? _____
Hay alguna otra cosa que debemos saber sobre su historia médica?

Uso de Tabaco: (Favor de indicar)

- No aplica – el paciente es un niño
- Actualmente fuma a diario Cuantos al día? _____ Por cuantos años? _____
- Actualmente fuma algunos días Cuantos a la semana? _____ Por cuantos años? _____
- Ex-fumador Por cuantos años uso productos de Tabaco? _____
- Nunca ha fumado
- Solo usa productos de Tabaco sin humo (Tabaco de masticar/Snuff/Dip)

Consumo de Alcohol: (Favor de indicar)

- No aplica- el paciente es un niño
- Nunca consume alcohol
- Ocasionalmente consume alcohol
- Actualmente consume alcohol a diario Cuantas bebidas al día? _____
- Solo en el pasado

Consumo de Drogas Ilegales/Historia: (Favor de indicar)

- No aplica- el paciente es un niño
- Nunca ha consumido drogas ilegales
- Actualmente consume drogas ilegales Que drogas consume? _____
- Solo en el pasado Que drogas consumió? _____ Por cuantos años? _____

Yo afirmo que la información que he dado es correcta y completa de acuerdo a mi mejor saber y entender y solo se usara para mi tratamiento, facturas, y procesamiento de mis beneficios por parte de mi seguro médico. No hare responsable a mi médico de cabecera o cualquier miembro de su facultad por cualquier error o omisión que yo haiga cometido al llenar este formulario. Al firmar yo doy mi consentimiento a Mt. Olive Family Medicine Center de descargar mi historial médico de prescripciones para poder brindarme mejor cuidado médico. También autorizo a MOFMC el derecho a ordenar análisis de sangre para así poder determinar la presencia de anticuerpos de VIH y VHB en mi sangre, en caso de que un médico fuese expuesto directamente a mi sangre o fluidos corporales de tal manera que una enfermedad pudiese ser transmitida.

Firma del Paciente/Garante _____ **Fecha** _____



Completing the Circle of Care

Póliza de Despido por Incumplimiento

Mt. Olive Family Medicine considera que la salud del paciente es nuestra prioridad. Por lo tanto la cooperación del paciente es necesaria en este aspecto. Los pacientes deben estar de acuerdo en ser complacientes en atender sus citas con sus médicos de cabecera y en tomar sus medicamentos de acuerdo a las direcciones del doctor. Puede ser que en ocasiones los proveedores lo refieran para servicios fuera de la clínica. Es la responsabilidad del paciente atender estas citas también. Incumplimiento a atender estas citas o no seguir las instrucciones del médico es considerado como no-complaciente. Esto puede resultar en que lo despidamos de la clínica. Si en cualquier momento usted tiene preguntas/preocupaciones sobre su cuidado de salud, alentamos que usted hable con su médico de cabecera.

Póliza de Conducta del Paciente/Medico

Mount Olive Family Medicine aspira tratar a todos los pacientes con el respeto debido mientras provee buena calidad del cuidado de salud. Esperamos el mismo trato hacia nuestra facultad en retorno. Ciertas acciones hacia nuestra facultad tales como: amenazas, falta de respeto, o uso de blasfemia **NO** será tolerado. Situaciones como estas serán documentadas y reportadas a los directores ejecutivos y médicos. Este tipo de conducta será motivo suficiente para ser despedido de inmediato de la clínica.

Firma del Paciente/Garante _____ Fecha _____