



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** \_\_\_\_\_



Completing the Circle of Care

## **Bienvenido a nuestro consultorio**

Nos alegra que usted haiga elegido nuestro consultorio médico, al igual nosotros aspiramos cumplir con todas su necesidades médicas.

Por favor tómese el tiempo de contestar las preguntas en este formulario cuidadosamente y en su totalidad. Firme su nombre en todos los lugares apropiados. Esto es lo más importante que usted puede hacer para ayudarnos con su cuidado. Favor de llenar este formulario con tinta negra o azul y enviarlo por correo al 201 N. Breazeale Mt. Olive, NC 28365 o puede dejarlo con la recepcionista.

Hemos incluido información sobre nuestra clínica para ayudarlo a entender nuestras pólizas de privacidad, medicamento, y crédito. Si tiene preguntas sobre el formulario o nuestras pólizas, por favor siéntase libre de contactarnos.

Si usted no puede mantener su cita, por favor recuerde darnos un aviso de 24 horas para así poder darle ese tiempo a otro paciente. No olvide traer a su cita todos sus medicamentos, seguro médico, identificación con foto y copago o pago de su deducible.

Gracias por escogernos para su cuidado médico. Anhelamos cuidar de usted y su familia.

**SI SU HIJO TIENE MAYOR DE EDAD O MAS, ESTE FORMULARIO TENDRA QUE SER FIRMADO POR EL/ELLA. ALMENOS QUE HAIGA UNA CONDICION MEDICA QUE LO IMPIDA.**

## Póliza de Medicamentos y Reabastecimientos

PARA MEJOR CUIDADO DEL PACIENTE, SE LE REQUIERE QUE TRAIGA CON USTED TODOS SUS MEDICAMENTOS, YA SEAN RECETADOS AQUÍ O POR OTRO MEDICO.

Para poder mantener documentación clara y un plan consistente, necesita llamar a su farmacia y pedir que nos envíen un fax. De este modo aseguramos que el nombre, la dosis y tiempo de reabastecimiento sean correctos. Este es el modo más eficaz de obtener su medicamento. Si tiene algún problema con su reabastecimiento llámenos al **919-658-4954 ext. 1026**.

- Asegúrese de dejar toda la información requerida en su mensaje.
- Favor de no llamar si usted ya pidió un reabastecimiento con su farmacia.
- Favor de no llamar a la línea de las enfermeras o del médico para pedir un reabastecimiento. Las enfermeras están ocupadas todo el día y esto solo hará el proceso más lento para usted. Si es que tiene una pregunta sobre una receta póngale a su farmacéutico o su enfermera.
- Trate de monitorear su suministro de medicina y siempre llame con 48 horas de anticipación para poder procesar su reabastecimiento.

Medicamentos incluyendo antibióticos no serán suministrados sin antes no ver al paciente. Usted debe ser visto por un médico para poder asegurar su bienestar, calidad de cuidado, diagnóstico correcto y dosis correcta de medicamento. Tendremos una clínica ambulatoria, donde no se le requiere cita para este tipo de situaciones agudas.

Si usted está tomando cualquier tipo de droga controlada (tal como un narcótico), se le pedirá que firme un contrato de substancia controlada, para así poder asegurar una administración correcta de estos medicamentos.

- Para su seguridad solamente su médico de cabecera le dará reabastecimientos de drogas controladas. **Esto no es algo que se atenderá en la clínica ambulatoria.**
- Medicamentos controlados no serán reabastecidos después de las horas de operación o en Sábados.
- Ay regulaciones sobre medicamentos controlados que esta clínica debe seguir.
- Usted es responsable de mantener estos medicamentos en un lugar seguro a todas horas.

Usted debe mantener sus citas de rutina y seguimientos regulares con su médico de cabecera si es que está tomando medicamentos para condiciones crónicas tales como la presión alta o diabetes. Su médico de cabecera se hará cargo de que no se le acabe su medicamento si usted mantiene sus citas continuamente. Por favor no use la clínica ambulatoria como un recurso de reabastecimiento para sus medicamentos.

Gracias por su cooperación en conjunto con su médico y farmacéutico para así poder brindarle sus medicinas responsablemente y seguramente. Siempre infórmele a su médico sobre cualquier tipo de alergia, reacción o sensibilidad a medicamentos. Siempre lea cualquier tipo de información que se le dé sobre posibles efectos secundarios o interacciones con otras medicinas.

**Por favor tenga en cuenta que reabastecimientos no son dados después de las horas de operación regulares, fines de semana o días festivos. Las horas regulares de operación son de Lunes-Viernes, de 8:00am -5:00pm.**

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Relación al Paciente \_\_\_\_\_

*\*\*continúe a la siguiente hoja.*

## **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

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

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

### GARANTE:

<b>Persona Responsable por cuenta del Paciente:</b>
<b>Fecha de Nacimiento de la Persona Responsable:</b>
<b>Relación al Paciente:</b>
<b>Dirección de Domicilio:</b>
<b>Teléfono de Casa:</b>
<b>Celular:</b>

### CONTACTO DE EMERGENCIA:

<b>Nombre del Contacto de Emergencia:</b>
<b>Fecha de Nacimiento del Contacto de Emergencia:</b>
<b>Relación al Paciente:</b>
<b>Teléfono de Casa:</b>
<b>Celular:</b>

<b>Tiene seguro medico?</b> (Favor de indicar) Medicare    Medicaid    No Tengo Seguro    Otro seguro
---

\*\*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.



**\*\*continúe a la siguiente hoja.**

## **Hábitos de Salud/Historia Personal**

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

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

### **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 \_\_\_\_\_**



## **AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN A UNA PERSONA QUE NO SEA EL PARTIDO RESPONSABLE**

En las siguientes líneas, anote los nombres completos de cualquier persona a la que autorice a MOFMC a reconocer como persona autorizada para hablar y/o representar en su nombre. MOFMC no divulgará información médica privada O recetas a nadie **incluyendo a su esposo(a)** sin su consentimiento.

\*\*\* En el caso de un menor de 18 años, asegúrese de incluir a cualquier persona, además de los padres del niño, que estaría autorizada para llevarlo a sus citas y/o comunicarse con nuestra oficina en nombre de los padres. Esto incluye a los abuelos y miembros de la familia inmediata. \*\*\*

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

- Yo autorizo al personal médico y administrativo de MOFMC a divulgar información, incluidos resultados de laboratorio, información de citas, archivos médicos y seguro a:

<u>NOMBRE</u>	<u>TELEFONO</u>	<u>FECHA DE NACIMIENTO</u>	<u>RELACION</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

- Yo autorizo al personal médico y administrativo de MOFMC a divulgar mi receta o la información de mi receta a:

<u>NOMBRE</u>	<u>TELEFONO</u>	<u>FECHA DE NACIMIENTO</u>	<u>RELACION</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

❖ **ESTA AUTORIZACIÓN ES PERMANENTE AL MENOS QUE SE RETIRE POR ESCRITO.**

_____	_____	_____
Firma del Paciente/Partido Responsable	Relación al Paciente	Fecha

_____	_____
Firma del Personal	Fecha

*En general, la regla de privacidad HIPPA otorga a las personas el derecho a solicitar una restricción en los usos y divulgaciones de su información médica protegida (PHI). La persona también tiene derecho a solicitar comunicaciones confidenciales o que la comunicación de la PHI se realice por medios alternativos, como enviar correspondencia a la oficina de la persona en lugar de a la casa de la persona. La regla de privacidad generalmente requiere que los proveedores de atención médica tomen medidas razonables para limitar el uso, la divulgación y las solicitudes de PHI al mínimo necesario para lograr el propósito previsto. Estas disposiciones no se aplican a los usos de las divulgaciones realizadas de conformidad con una autorización solicitada por el individuo. Los usos y la divulgación para TPO (tratamiento, pago y operaciones de atención médica) pueden permitirse sin consentimiento previo en caso de una emergencia.*

Mt. Olive Family Medicine Center, Inc.  
201 N. Breazeale Avenue, Mt. Olive, NC 28365  
Phone # (919) 658-4954 Fax # (919) 658-5754

**Patient Authorization for Release of Medical Information**

**Autorización del Paciente para Divulgar Información Médica**

<b>Patient Name/Nombre:</b>
<b>Date of Birth/Fecha de Nacimiento:</b>
<b>Last 4 Digits of Social Security/Ultimo 4 Números de Seguro Social: XXX-XX-__ __ __ __</b>

I hereby authorize the release of my health information

**TO/PARA:**

**FROM/DEPARTE DE:**

Mt. Olive Family Medicine Center, Inc. 201 N Breazeale Avenue Mt. Olive, NC 28365 Fax #: (919) 658-5754	<b>Name of Facility/Nombre de Clínica</b> _____ <b>Doctor's Name/Nombre del Médico:</b> _____ <b>Address/Ubicación:</b> _____ <b>Phone #/Numero de Teléfono:</b> _____ <b>Fax #/Numero de Fax:</b> _____
--	--

**This data shall include:**

- \*The last two years of clinical notes
- \*Any information on any major surgery
- \*Vaccination records
- \*Problem List
- \*Most recent labs, x-rays, EKGs, and hospital discharges
- \*Medication List
- \*Specialist notes
- \* Other: \_\_\_\_\_

Specific purpose for this request: **new primary care provider**

*This consent will be valid for one year. I certify that this authorization is made freely, voluntarily, and without coercion. I understand that the information to be released may include information regarding drug abuse, alcohol abuse, HIV infection, AIDS or AIDS related conditions, psychological, psychiatric, or physical impairments. I understand that the information to be released is protected under state and federal laws and cannot be re-disclosed without my further written consent unless otherwise provided for by state and federal law. I understand that I may revoke this authorization at any time, except to the extent that action has already been taken to comply with it. I have received a copy of this authorization for my records.*

**Patient Signature/Firma del Paciente** \_\_\_\_\_ **Date/Fecha** \_\_\_\_\_

**Relationship to Patient/Relación al Paciente** \_\_\_\_\_

**Witness/Testigo:** \_\_\_\_\_ **Date/Fecha** \_\_\_\_\_

**Revocation:**

*The patient has a right to revoke this authorization in writing, except to the extent that action has been taken in reliance on this authorization or, if applicable, during a contestability period. In order for the revocation of this authorization to be effective, Mt Olive Family Medicine must receive the revocation in writing. The revocation must include the following:*

1. *The patient's name and address*
2. *The effective date of this authorization and the recipients of the protected health information according to this authorization.*
3. *The patient's desire to revoke this authorization.*
4. *The date of the revocation and the patient's signature.*

*Mt. Olive Family Medicine will accept written revocations of this authorization in person, by certified mail or by fax. Revocations are not effective until received by Mt. Olive Family Medicine.*

*Identification of recipient, if in person*

\_\_\_ Valid DL or ID card \_\_\_ Agency photo ID must be presented with agency letter \_\_\_ Government Agency ID \_\_\_ Other photo ID

ID information number \_\_\_\_\_ Verified By: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



Completing the Circle of Care

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

Debido al volumen alto de pacientes que necesitan ver a su médico de cabecera y la importancia de atender todas sus citas, nuestra clínica ha establecido las siguientes normas con respecto a citas canceladas, no atendidas y llegadas tarde a su cita.

### **Póliza de Citas Canceladas/No Atendidas**

1. Pacientes/Garantes deben notificar a Mt. Olive Family Medicine Center al 919-658-4954 con 24 horas de anticipación si es que necesitan cancelar su cita. De esta manera nos da tiempo de citar a otro paciente en su lugar.
2. Pacientes/Garantes quienes fallen a llamar con 24 horas de anticipación para cancelar su cita o fallen a atender su cita serán considerados como “no show.”
3. **Pacientes Nuevos** quienes fallen a atender su primera cita con nosotros sin una excusa valida, serán automáticamente descartados de la clínica y no se le harán más citas a futuro.
4. Pacientes/Garantes quienes acumulen 3 o más citas falladas dentro de un periodo de 12 meses recibirán una carta certificada en el correo informándolos de su despido de la clínica debido a fallas a su cita.
5. El paciente/garante será cobrado una multa de \$25.00 por cada cita fallada. Usted recibirá una nota por escrito cuando falte a su cita. Este pago es requerido previamente a que usted pueda atenderse en nuestra clínica.
6. Es esencial que el paciente/garante se asegure de que toda la información de contacto, incluyendo número de teléfono y dirección de domicilio este actualizada. Si usted ha tenido un cambio por favor confirme que cualquier información este correcta en su expediente médico.

### **Póliza de Llegadas tarde a su Cita**

1. Se le considerada tarde a pacientes quienes lleguen 15 minutos después de su cita.
2. Dependiendo de la discreción del médico, el volumen de los pacientes citados y el horario de su llegada, su cita será reprogramada para otra fecha y horario. Si es que se le atiende el día de su cita, su cita podrá ser más corta.

Se aprecia su cooperación con respecto a esta póliza.

Yo entiendo las declaraciones hechas arriba.

**Firma del Paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Relación al Paciente** \_\_\_\_\_



Completing the Circle of Care

## Portal del Paciente

El enlace a nuestro portal del paciente está en nuestro sitio web [www.mofmc.com](http://www.mofmc.com).

Esto no es mandatorio para nuestros pacientes, pero es un servicio opcional que ofrecemos.

Si le interesa participar en el portal, usted debe consentir a la información a continuación y proveernos con la siguiente información para establecer su cuenta.

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_

Con su firma usted confirma que ha leído y entiende este consentimiento y desea participar en nuestro portal para el paciente.

**Firma del Paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Relación al Paciente** \_\_\_\_\_

*Se le otorgara un clave y nombre de usuario. Usted debe asegurar esta información de tal manera que una persona no autorizada pueda obtener acceso a su cuenta. La primera vez que usted ingresa a su cuenta tendrá que cambiar su clave. En el caso que se le olvide o pierda su clave en un futuro, no podemos recuperar su clave, pero si podemos reiniciar su cuenta. Solo pedimos que usted venga a la oficina en persona para reiniciar su clave, de esta manera podemos verificar su identidad. Puede que esto no sea conveniente para usted, pero es para su protección. Una vez que ingrese al portal se le pedirá que lea "Patient Portal Agreement and Privacy Policy," o "contrato del portal del paciente y póliza de privacidad." Usted debe de oprimir "agree/está de acuerdo" para proceder al portal.*

GRACIAS POR PARTICIPAR EN EL PORTAL DEL PACIENTE.



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 \_\_\_\_\_

*\*\*Continúe a la siguiente hoja.*

## **\*\*Por favor desprenda esta hoja y quédese para su información.**



Completing the Circle of Care

### **Copia del Paciente**

Debido al volumen alto de pacientes que necesitan ver a su médico de cabecera y la importancia de atender todas sus citas, nuestra clínica ha establecido las siguientes normas con respecto a citas canceladas, no atendidas y llegadas tarde a su cita.

#### **Póliza de Citas Canceladas/No Atendidas**

1. Pacientes/Garantes deben notificar a Mt. Olive Family Medicine Center al 919-658-4954 con 24 horas de anticipación si es que necesitan cancelar su cita. De esta manera nos da tiempo de citar a otro paciente en su lugar.
2. Pacientes/Garantes quienes fallen a llamar con 24 horas de anticipación para cancelar su cita o fallen a atender su cita serán considerados como “no show.”
3. **Pacientes Nuevos** quienes fallen a atender su primera cita con nosotros sin una excusa valida, serán automáticamente descartados de la clínica y no se le harán más citas a futuro.
4. Pacientes/Garantes quienes acumulen 3 o más citas falladas dentro de un periodo de 12 meses recibirán una carta certificada en el correo informándolos de su despido de la clínica debido a fallas a su cita.
5. El paciente/garante será cobrado una multa de \$25.00 por cada cita fallada. Usted recibirá una nota por escrito cuando falte a su cita. Este pago es requerido previamente a que usted pueda atenderse en nuestra clínica.

Es esencial que el paciente/garante se asegure de que toda la información de contacto, incluyendo número de teléfono y dirección de domicilio este actualizada. Si usted ha tenido un cambio por favor confirme que cualquier información este correcta en su expediente médico.

#### **Póliza de Llegadas tarde a su Cita**

6. Se le considerada tarde a pacientes quienes lleguen 15 minutos después de su cita.
7. Dependiendo de la discreción del médico, el volumen de los pacientes citados y el horario de su llegada, su cita será reprogramada para otra fecha y horario. Si es que se le atiende el día de su cita, su cita podrá ser más corta.

Se aprecia su cooperación con respecto a esta póliza.

Yo entiendo las declaraciones hechas arriba.

# Our Healthcare Team

## **•Dr. T. Scott Draughon, Medical Director**

**Education:** East Carolina University Brody School of Medicine. East Carolina Family Medicine. The University of North Carolina at Wilmington.

**Board Certifications:** Family Medicine

**Special Interests:** Treating patients across the lifespan

## **•Dr. Vincent P Wilson, MD**

**Education:** East Carolina University Brody School of Medicine. Florida Hospital Family Practice. East Carolina University.

**Board Certifications:** Family Medicine

**Special Interests:** Pediatrics, Sports Medicine, Chronic Conditions

## **•Misty Rouse, PA-C**

**Education:** Master's Degree in Physician Assistant Studies, Butler University. Bachelor of Science, Campbell University

**Board Certifications:** Physician Assistant

**Special Interests:** Acute Conditions, Emergency Care,

## **•Stacey Hill, PA-C**

**Education:** Master's Degree in Physician Assistant Studies, Chatham University. Bachelor of Science in Biology, Indiana Wesleyan University

**Board Certifications:** NCCPA, Physician Assistant

**Special Interests:** Acute Care, Emergency Medicine, Procedures

## **•Carie Brown, FNP-C**

**Education:** Master's Degree in Nursing, The University of North Carolina at Wilmington. Bachelor of Science in Biology, University of Mt. Olive. Associate's in Nursing, Wake Tech Community College. Bachelor of Science in Nursing, Winston Salem State

**Board Certifications:** Family Nurse Practitioner

**Special Interests:** Geriatric Care, Treating patients across the lifespan

## **•Dr. Phillip Moye**

**Education:** Saba University School of Medicine. Chief Resident at New Hanover Regional medical Center/UNC Coastal AHEC. North Carolina State University.

**Board Certifications:** Family Medicine

**Special Interests:** Pilot Physicals, Acute Care

## **•Dr. Bryon Geer**

**Education:** Des Moines University Osteopathic Medical Center. York Hospital. University of Virginia.

**Board Certifications:** Emergency Medicine

**Special Interests:** Acute Care, Trauma

## **•Bridgett Buckman, PA-C**

**Education:** Master's Degree in Health Science and Physician Assistant Studies, Drexel University. Master's in Business Administration, Webster University. Bachelor of Science in Business Administration, Otterbein College

**Board Certifications:** Physician Assistant

**Special Interests:** Trauma, Acute Care

## **•Meghan S Brown, APRN, FNP-C**

**Education:** Master's Degree in Nursing, The University of North Carolina at Wilmington. Bachelor of Nursing, East Carolina University

**Board Certifications:** Certified Family Nurse Practitioner

**Special Interests:** Chronic Illnesses and Comorbidities, Geriatrics, Mental Health

## **•Mark Blizzard, FNP-C**

**Education:** Master's Degree in Family Nurse Practitioner, The University of North Carolina Wilmington. Bachelor of Science in Nursing, University of North Carolina Wilmington. Associate's Degree in Applied Science/Nursing, Wayne Community College.

**Board Certifications:** Certified Family Nurse Practitioner

**Special Interests:** Treating patients across the lifespan