



Completing the Circle of Care

Bienvenido a Nuestro Consultorio

Nos alegramos de que haya elegido nuestra consulta, ya que nos esforzaremos por satisfacer todas sus necesidades médicas.

Por favor, tómese el tiempo para responder a las preguntas en este paquete de nuevo paciente con cuidado y completamente y firmar su nombre en todos los lugares apropiados. Esto es lo más importante que puede hacer para ayudarnos a cuidar de usted. Por favor, rellene estos formularios con tinta azul o negra.

A continuación de esta carta, también hemos incluido información sobre nuestra clínica para ayudarle a entender nuestras pólizas de privacidad, medicamento y crédito. Si tiene alguna pregunta sobre los formularios o las pólizas del consultorio, no dude en ponerse en contacto con nosotros.

Si usted no puede asistir a una cita, por favor recuerde llamar a nuestra oficina por lo menos 24 horas de anticipación para que el tiempo puede quedar disponible para otros pacientes. Recuerde traer todos los medicamentos, tarjetas de seguros, identificación con foto válida, y pagos de copago o deducible a cada visita.

Gracias por elegir nuestra práctica para su cuidado. Esperamos poder cuidar de usted y su familia.

SI SU HIJO TIENE 18 AÑOS O MÁS, ESTOS FORMULARIOS DEBEN SER FIRMADOS POR ÉL A MENOS QUE EXISTA UNA RAZÓN MÉDICA VÁLIDA QUE LO IMPIDA.

Los proveedores de Mt Olive Family Medicine Center creen en las vacunas. Por lo tanto, TODOS los niños de nuestra consulta deben seguir las directrices recomendadas por el estado para las vacunas, con el fin de convertirse en pacientes.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Póliza de Medicamentos y Reabastecimientos

LE PEDIMOS QUE TRAIGA TODOS LOS FRASCOS DE LOS MEDICAMENTOS QUE LE HAN RECETADO POR MOFMC O EN OTRO LUGAR A TODAS Y CADA UNA DE LAS CITAS.

Con el fin de mantener la continuidad de la atención, los pacientes deben llamar a su farmacia y pedirles que soliciten su reposición con nuestra oficina. Esto asegurará la exactitud de los nombres de los medicamentos recetados, la dosis actual, y el momento de los rellenos. Esta es la forma más rápida de obtener su medicamento. Si hay un problema con su relleno, llame a nuestra línea de reposición al **919-658-4954** ext.

1026.

- Por favor NO llame a MOFMC para pedir un relleno si ya lo ha solicitado a su farmacia.
- Por favor NO deje solicitudes de rellenos en ningún buzón de voz que no sea el designado en la extensión 1026.
- Usted debe monitorear su suministro a la mano y siempre llamar con anticipación para permitir que nuestra oficina tenga por lo menos 48 horas para procesar su solicitud. Las llamadas duplicadas retrasan nuestro tiempo de respuesta.
- NO se recetarán antibióticos para problemas agudos sin una evaluación/visita. Por favor, utilice la clínica sin cita previa, sin cita necesaria, para atender estas situaciones agudas.

Si usted está tomando alguna droga controlada (como medicamentos narcóticos para el dolor), se le pedirá que firme un *Acuerdo de Sustancias Controladas* para asegurar la prescripción y administración adecuada de estos medicamentos.

- Los medicamentos controlados no serán rellenos después de las horas normales de oficina (Lunes a Viernes de 8:00am- 5:00pm) o los Sábados.
- Hay regulaciones sobre medicamentos controlados que esta oficina debe seguir.
- Usted es responsable de mantener estos medicamentos en un lugar seguro en todo momento.

Usted necesita agendar y mantener citas de rutina con su proveedor si usted está tomando cualquier medicamento de mantenimiento de salud para condiciones tales como presión arterial alta, diabetes, etc. Su médico se asegurará de que no se quede sin medicamentos que necesita si le atiende de forma habitual.

Por favor tenga en cuenta que las recetas NO se reponen fuera del horario de oficina, los fines de semana ni los días festivos. El horario habitual del MOFMC es de Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

POLIZA DE TRATAMIENTO DE DOLOR

Mt. Olive Family Medicine Center ya no aceptará pacientes que requieran tratamiento para el dolor. Medicamentos para el dolor tales como, pero no limitados a, Oxycodona, Hidrocodona, Fentanilo, Morfina, Norco, o cualquier otro medicamento narcótico no incluido en la lista. Los pacientes tratados actualmente por una clínica de control del dolor pueden proporcionar documentación de que están actualmente bajo su cuidado y permanecerán bajo su cuidado.

Firma del Paciente _____ **Fecha** _____

Relación al Paciente _____

***continúe a la siguiente hoja.*

Póliza de Seguro de Mt. Olive Family Medicine Center

Nuestra oficina somete reclamos de seguro como una cortesía a nuestros pacientes y es responsabilidad del paciente para asegurarse de que tenemos la cobertura más actualizada en el momento del servicio, incluyendo con una copia de la tarjeta de seguro para tener en el expediente.

En caso de que la compañía de seguros recupere el pago, en cualquier momento, debido a que la póliza se haya vencido o por tener otro seguro médico en el momento del servicio, se facturará al paciente o a la parte responsable por los servicios realizados

Póliza de Cuenta Propia

A los pacientes que pagan por su cuenta se les cobra la tarifa básica de la visita al consultorio (paciente nuevo o establecido). Todos los demás servicios provistos durante una visita, es decir, rayos X, electrocardiograma, pruebas de COVID/flu, etc. se facturarán al paciente. Si usted tiene una pregunta sobre el costo de un servicio que se ofrece, el paciente es responsable de preguntar sobre cualquier costo adicional antes de consentir el servicio.

Póliza de Crédito/Saldo Vencido

El pago es debido a la hora del servicio para toda cantidad no cubierta por su plan de seguro, **incluyendo copagos y deducibles**. Se enviarán estados de cuenta mensuales por cualquier saldo en su cuenta por \$20.00 o más. Saldos de menos de \$20.00 pueden enviarse trimestralmente, o cobrados en la próxima visita. La factura debe ser pagado al recibir el estado de cuenta. Si no puede pagar la factura completa, arreglos de pago deben hacerse con nuestra Gerente de Cuentas, Heather Tillman, en nuestro departamento de facturación al 919-581-4961

Si no se hacen pagos o arreglos dentro de 90 días a partir del momento de servicio, el paciente sólo podrá regresar si la factura está pagada en su totalidad o si tiene una emergencia que amenaza la vida. Una carta de despido con esta información será enviada al paciente/responsable. Utilizamos una agencia de cobros para cobrar nuestras cuentas vencidas. Estas cuentas serán entregadas 30 días después de que la carta de despido se enviada al paciente.

Póliza de Cheques Devueltos

Cheques devueltos están sujetos a un cargo por servicio de \$25.00 por nuestra oficina y serán tratados de la misma manera que cuentas delincuentes como lo mencionado arriba.

Firma del Paciente _____ **Fecha** _____
Relación al Paciente _____

***continúe a la siguiente hoja.*

Información del Paciente

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

Nombre (primero, segundo, y apellido) :	
Fecha de Nacimiento:	
Sexo: (favor de indicar) Masculino / Femenino	Identidad Sexual:
Número de Seguro Social:	**favor de apuntarlo en su totalidad
Dirección de Domicilio:	
Ciudad:	
Estado:	
Código Postal:	
# de Teléfono Preferido:	
# de Teléfono Alternativo:	
Correo Electrónico:	** Para acceso al portal del paciente
Raza:	
Etnicidad: (Favor de indicar) Hispano / No Hispano / 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:
Fecha de Nacimiento de la Persona Responsable:
Relación al Paciente:
Dirección de Domicilio:
Teléfono de Casa:
Celular:

CONTACTO DE ERMERGENCIA:

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

**continúe a la siguiente hoja.

Tiene seguro medico? (Favor de indicar) Medicare Medicaid No Tengo Seguro Otro seguro

(Por favor, marque con un círculo e indique su seguro médico a continuación)

*******Medicaid: Por favor, compruebe su tarjeta de Medicaid para ver a qué centro se le ha asignado.**

Información del Seguro Médico Primario:

<input type="checkbox"/> No tengo seguro medico
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:

**Mt. Olive Family Medicine Center utiliza el portal del paciente como un método rápido y conveniente de comunicación entre nuestros pacientes y sus proveedores. Animamos a todos los pacientes a utilizar su portal para acceder a los resultados de laboratorio, solicitar recetas, enviar mensajes a su enfermera/proveedor, o actualizar información demográfica.

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:

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"/> Colesterol alto	<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:

**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 / No Aplica
Tiene niños en casa? (Favor de indicar) Si / No Si la respuesta es sí, cuantos? _____
Cuantos adultos viven en casa? _____
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** _____

****continúe a la siguiente hoja.**

MOUNT OLIVE FAMILY MEDICINE CENTER, INC.

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, seguro médico, y recetas a:

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

- NO** autorizo al personal medico y administrativo de MOFMC a divulgar mi información a ninguna persona.

❖ **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

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

I hereby authorize the release of my health information

NO tengo previos registros medicos. (Antes de marcar esta opción, si tiene recetas medicas vigentes, entonces tiene registro medico. Necesitamos saber quien le receto su medicamento. Esto puede incluir hospitales, y/o centros de atención urgente)

TO/PARA:

FROM/DEPARTE DE:

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

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: _____

Material Educativo y Formulario de Consentimiento Para Citas de Telemedicina

Telemedicina es una forma de reunirse con proveedores médicos utilizando un teléfono, una tableta, o computadora. Telemedicina permite que un médico u otro proveedor le atienda, aunque usted no pueda visitarle en persona. El médico o proveedor utiliza Internet o otra tecnología para:

- darle consejos,
- hacerle un examen,
- realizar un procedimiento simple,
- rellenar recetas medicas, o
- hablar con otros proveedores sobre su salud o un tratamiento

Telemedicina es más que un correo electrónico, un fax, o un cuestionario en línea. A veces puede ser necesario acudir a un centro de salud para utilizar equipos (pantalla de TV, cámara, o Internet). Es posible que un proveedor necesite utilizar herramientas tecnológicas o dispositivos médicos para comprobar su estado de salud a distancia. Si usted está de acuerdo, parte de su expediente médico puede ser enviado al proveedor de telemedicina antes de su cita.

Usted y equipo de salud deben decidir si su problema de salud puede solucionarse con telemedicina. El equipo y otros involucrados en su cuidado (por ejemplo, equipos de clínica o hospitales) harán un plan para su cuidado utilizando la telemedicina. También incluirá los pasos a seguir en caso de emergencia durante la consulta de telemedicina.

Si el paciente es un menor, el proveedor de telemedicina explicará a los padres en que se diferencia un examen por telemedicina de un examen en persona. También le explicará si es posible realizar un examen completo del niño.

Su Sesión de Telemedicina

Durante su sesión de telemedicina:

- El proveedor y su personal se presentarán.
- Es posible que le pidan que confirme el estado en el que se encuentra y en el estado en el que vive.
- El proveedor puede hablarle acerca de su historial médico, exámenes, radiografías y otras pruebas. Otros proveedores pueden participar en esta conversación.
- Puede realizarse un examen físico visual y/o parcial. Puede realizarse por video, audio y/o con otras herramientas tecnológicas. Una enfermera u otro miembro del personal sanitario puede estar en la sala con usted para ayudarle con el examen.
- Puede haber personal no médico en el cuarto para ayudar con la tecnología.
- Se pueden hacer grabaciones de video y/o fotos, y grabaciones de audio. Esto solo debe hacerlo el proveedor. Los pacientes no deben a ver grabaciones de video y/o foto ni grabaciones de audio de la visita.
- Se incluirá un informe de la sesión en su historial médico. Puede solicitar una copia a su proveedor.

Todas las leyes sobre la privacidad de su información médica y su expediente médico se aplican a la telemedicina. Estas leyes también se aplican a los archivos de video, foto, y audio que se realizan y almacenan.

Riesgos y Problemas Comunes

A muchos pacientes les gusta la telemedicina porque no tienen que gastar tiempo y dinero en viajes para ver en persona a un proveedor de salud. Además, pueden ver a un proveedor al que no podrían ver de otra forma.

La tecnología puede facilitar el cuidado de salud, pero también puede haber problemas:

- Si hay algún problema con el equipo o con Internet, el diagnóstico o el tratamiento pueden demorarse.
- Los registros o imágenes que se toman y envían pueden ser de mala calidad. Esto puede retrasar o causar problemas con su diagnóstico o tratamiento.
- Los registros enviados para su revisión antes de la sesión pueden estar incompletos. Si esto ocurre, puede ser difícil para el proveedor de telemedicina utilizar su mejor juicio sobre su problema de salud. Por ejemplo, usted podría tener una reacción alérgica a un medicamento si el proveedor no dispone de todos los datos sobre su salud.
- Podría haber problemas con la seguridad y la privacidad en Internet. Por ejemplo, los piratas informáticos podrían ver su información médica. Si esto ocurre, es posible que su expediente médico no siga siendo privado.

Otras personas a su alrededor pueden oír información privada sobre su salud. Es importante que disponga de un

- espacio seguro para su cita. En el solo deber haber personas con las que este dispuesto a compartir información médica. Esa es su responsabilidad, y debe concluir la visita si cree que la información no es privada.
- Si hay un problema tecnológico, la información de su sesión puede perderse. Esto quedaría fuera del control del proveedor de telemedicina.
- Sin un examen práctico, puede ser difícil diagnosticar su problema.

Mas Informacion

Uno de los principales objetivos de la telemedicina es garantizar que usted reciba una atención médica personal y de calidad, aunque no acuda a la consulta de un proveedor en persona. A veces, el médico puede decidir que, para tratar su problema de salud, necesita una visita en persona.

Algunos estados exigen una visita en persona primero y una visita anual al médico antes de poder recibir tratamiento de telemedicina.

Los proveedores de telemedicina deben seguir las mismas normas para recetar medicamentos que en una visita al consultorio. Antes de la sesión, le explicarán qué medicamentos pueden y no pueden recetar los proveedores de telemedicina. También se hablará de las sustancias controladas.

Acudir a una cita de telemedicina es una decisión suya. Aunque haya dado su consentimiento, puede impedir el envío de su historial médico, si aún no se ha producido. Puede interrumpir la sesión en cualquier momento. Puede limitar el examen físico. Se le informará de todo el personal que participará en la cita. Puede pedir que cualquiera de estas personas abandone la consulta para evitar que vea o escuche la información que se va a compartir.

Su cita puede terminar antes de que se conozcan o traten todos los problemas. Depende de usted recibir más atención si su problema de salud no se resuelve.

Se le informará del tiempo que puede tardar en responder a sus correos electrónicos, llamadas telefónicas u otro tipo de mensajes. El costo de una visita de telemedicina dependerá de su tipo de póliza de seguro. Antes de su cita, puede preguntar cuánto cubrirá su póliza de seguro.

Consentimiento del Paciente

Este formulario le informa sobre los datos y los riesgos de la telemedicina. Al firmar este formulario, confirma que ha leído, comprendido y aceptado estas condiciones.

También confirmo con mi firma que:

- Me han comunicado el nombre y las credenciales de mi proveedor de telemedicina.
- Tengo derecho a dejar de utilizar la telemedicina en cualquier momento, incluso durante mi visita. Si decido interrumpir mi visita, puedo llamar a la oficina para pedir cita para una visita en persona.
- Entiendo que el uso de comunicaciones electrónicas supone un riesgo de exponer mi información sanitaria.
- He podido hacer preguntas sobre telemedicina.
- Todas mis preguntas han sido respondidas.
- Entiendo que no se han dado garantías sobre el éxito o los resultados.
- Acepto participar en una cita de telemedicina.

Firma del paciente, padre/guardián o persona responsable

Fecha y Hora

Relación al paciente (si el responsable no es el paciente o si el paciente es menor de edad)

Testigo

Fecha y Hora



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 _____

***continúe a la siguiente hoja.*



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 la 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

Mt. Olive Family Medicine Center practices evidence based medicine

•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

•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,

•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 University

Board Certifications: Certified Family Nurse Practitioner

Special Interests: Geriatric Care, Treating patients across the lifespan

•Jessica Polk Keefer, WHNP

Education: Graduate Education: Master's Degree in Nursing, Women's Health Nurse Practitioner The University of Alabama at Birmingham

Board Certifications: Women's Health Nurse Practitioner

Special Interests: Reproductive Health and Family Planning, Menstrual Disorders including: polycystic ovary syndrome (PCOS), endometriosis, dysmenorrhea, and abnormal bleeding, Menopause Management and Chronic Health Conditions and Wellness

•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

•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

•Belinda Estrella, DNP, FNP

Education: Graduate Education: Doctorate Degree in Nursing, Family Nurse Practitioner The University of North Carolina at Wilmington

Special Interests: Treating patients across the lifespan with particular interest in pediatrics and women's health.