

WALK IN ONLY



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 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 (WALK-IN)

(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 / 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:
Fecha de Nacimiento de la Persona Responsable:
Relación al Paciente:
Dirección de Domicilio:
de Teléfono:

CONTACTO DE ERMERGENCIA:

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

****continúe a la siguiente hoja.**

Usted paga de su Bolsillo? (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:

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 revele 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:

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
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 _____