

Conner Family Health Clinic, PLLC

Bienvenido a nuestra practica. Ayudenos por favor le servimos mejor tomando unos minutos para proporcionar la información siguiente.

Información Del Paciente

Nombre y Apellido del paciente	Fecha de Nacimiento: - -	Numero de Seguro Social: - -	Idioma Principal	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Direccion y Apt. #			Ciudad	Estado y Codigo Postal
Telefono de Casa - -	Telefono de Celular - -	Telefono de Trabajo - -	Direccion Electronica del Paciente	
Raza <input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otra	Identidad Etnica <input type="checkbox"/> Hispano or Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano or Latino		Status Matrimonial <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viuda/o <input type="checkbox"/> Soltera/o <input type="checkbox"/> Desconocido/a <input type="checkbox"/> Separado/a	

Información del Responsable del Pago (si es diferente del paciente):

Nombre	Relacion con el paciente	Telefono de Casa - -	Telefono de Celular - -
Dirección	Apt. #	Ciudad	Estado & Codigo Postal

Contacto de emergencia:

Nombre	Relacion con el paciente	Telefono de Casa
--------	--------------------------	------------------

Responsabilidad Financiera y Asignación de beneficios del seguro:

Yo garantizo el pago a Conner Family Health Clinic de todos los cargos por los servicios suministrados al paciente. Yo entiendo que soy personalmente responsable por todos los cargos no cubiertos por el seguro. Yo autorizo el pago de cirugía y beneficios medicos, los cuales podrían de otra manera ser pagados por mí a Conner Family Health Clinic por servicio suministrados. Si existe cobertura de Medicare o Medicaid, yo certifico que la información suministrada por mí en la aplicación para el pago, bajo los Titulos V, XVII, y/o XIX del Acta de Seguro Social es correcta. **También reconozco que he sido informado de la política de No-Show / política de cancelación tardía de Conner Family Health Clinic. Entiendo que si no puedo mostrar una cita programada por no dar aviso de cancelación de 24 horas, se me cobrará una tarifa de \$ 25.00.**

Consentimiento para el cuidado de la salud y suministro de information medica:

Yo voluntariamente estoy de acuerdo y autorizo los procedimientos, el tratamiento y cuidados de la salud de los médicos y personal de la clínica. Yo estoy consciente que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta. No se me han dado garantías con respecto al resultado de tratamiento o exámenes por parte de quienes me suministran el cuidado medico. Yo autorizo el uso y revelación de información privada-protégida sobre mi salud para el tratamiento, pago y procedimientos clínicos. Yo he leído este formulario y he tenido la oportunidad de hacer preguntas y mis preguntas han sido contestadas.

Firma del paciente o persona autorizada: _____ Fecha: _____

Responsable del seguro o Resonsable financiero, si es distinto del anterior: _____

APA Formulario de Historia Médica del Paciente

Fecha	Nombre del Niño	Apodo	Fecha de Nacimiento	M	F
Medico/Oficina Anteriores		El Pedido le Transferencia de los Expendientes Terminó? S N		Fecha del ultimo examen fisico?	
Nombre de la Madre	Ocupación	Edad	Nombre del Padre	Ocupación	Edad

Historia del Nacimiento

Peso al nacer _____ Embarazo # _____ Parto normal? Cesarea?

Edad de la Mamá _____ ¿Si es cesarea, por qué? _____

El bebe nacio a tiempo? _____ Temprano? _____ Tarde? _____ ¿Su bebé tuvo problemas después de nacimiento? S N

¿Si es temprano, gestación de cuántas semanas? _____ Explique _____

¿Le madre tuvo enfermedad o problemas con embarazo? S N

Explique _____

Durante embarazo, la madre: Era la alimentación inicial Leche materna? Fórmula?

Fumo S N Tomo Alcohol S N ¿El bebé fue a casa con la madre del hospital? S N

Utilize las drogas o medicamentos S N Explique _____

Qué _____ Cuando _____

Ultima Historia

Tiene su niño o ha tenido:

Varicela	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Explique _____
Infecciones frecuentes del oído o dolor de garganta	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Explique _____
Problemas con los oídos o la audiciencia	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Explique _____
Alergias nasales	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Explique _____
Problemas con los ojos, la visión, o los dientes	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Explique _____
Asma, tos recurrente, bronquitis, o pulmonía	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Explique _____
Cualquier problema del corazón o soplos de corazón	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Explique _____
Problema de la anemia o de la sangre	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Explique _____
Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Explique _____
Dolor abdominal frecuente	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Explique _____
Estreñimiento que requiere visitas al doctor	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Explique _____
Infección de la vejiga o del riñón	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Explique _____
Incontinencia nocturna (después de 5 años)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Explique _____
Cualquier problema de piel recurrente crónico (acné, eczema, etc.)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Explique _____
Dolores de cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Explique _____
Las convulsiones o el otro problema neurológico	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Explique _____
Ediciones de salud mental (ADHD, ansiedad, depresión)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Explique _____
Diabetes	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Explique _____
La tiroides u otro problema endocrino	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Explique _____
Uso del alcohol o de las drogas	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Explique _____

Otras cuestiones de salud médica o mental/problemas _____

¿Su niño ve a especialistas? ¿Si es así, quién ¿Por qué razón o diagnostico? _____

General

¿Usted considera que su niño tiene Buena salud? S N Explique _____

¿Su niño tiene enfermedades serias o dolencias crónicas? S N Explique _____

¿Su niño ha tenido lesiones o accidentes serios? S N Explique _____

¿Su niño ha tenido cirugía? S N Explique _____

¿Han hospitalizado a su niño? S N Explique _____

¿Es su niño alergico a medicinas o a drogas, o reaccionado a las vacunas? S N Explique _____

Información del Hogar

Por favor liste todos los que viven en el Hogar del Niño

Nombre	Relación al Niño	Fecha de Nacimiento

Cuidado de niños: _____

Fumadores en el hogar?: S N Animales domésticos en el hogar?: S N

¿No hay hermanos en la lista? Si es así, por favor escriba sus nombres y edades, y en el que viven. _____

Si la madre y el padre no viven juntos, o si el niño no vive con los padres, ¿cuál es la situación del niño bajo custodia? _____

Si uno o ambos padres no viven en el hogar, ¿con qué frecuencia él / ella ve a los padres que no están en el hogar? _____

Antecedentes Familiares (Padres, Hermanos, Abuelos, Tías & Tíos)

Tiene algún familiar lo siguiente:

Abuso de drogas y alcohol	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Alergias	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Riesgo de la anestesia	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Artritis	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Cáncer	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Diabetes	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Genético	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Gastroenteritis	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Genitourinario	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Corazón	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Hipertensión	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Lípidos	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Diagnóstico Neurológico	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Psiquiatría	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Oftalmología	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Respiratorio	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Piel	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Trazo	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Tiroides	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Negativo Historia Familiar	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Historia Familiar Otros detalles / comentarios			

Notas (Otras cuestiones médicas / social / conductual)

Revisión Inicial (iniciales / fecha):

Autorización para liberar información de salud

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Conner Family Health Clinic está autorizado a divulgar información de salud protegida sobre lo anterior nombrado a paciente a las entidades nombrado a continuación. La finalidad es informar al paciente o a otras personas siguiendo las instrucciones del paciente.

Entidad para recibir información. Compruebe cada persona o entidad que usted apruebe para recibir información.	Descripción de la información que se ha liberado. Verifique cada que se puede dar a la persona/entidad a la izquierda en la misma sección.
<input type="checkbox"/> Voice Mail <input type="checkbox"/> Correo Electrónico _____	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorios/rayos x <input type="checkbox"/> Información médica laboratorio resultados, cita correspondencia, limited
<input type="checkbox"/> Esposa/o (proporcionar su nombre & telefono) _____	<input type="checkbox"/> Monetario <input type="checkbox"/> Médica como sigue: _____
<input type="checkbox"/> Padre (proporcionar su nombre & telefono) _____	<input type="checkbox"/> Monetario <input type="checkbox"/> Médica como sigue: _____
<input type="checkbox"/> Hermano/a (Más de 18 años) <input type="checkbox"/> Otra (i.e. Padrastro/madrastra, abuelo/a, hijos más de 18 años) _____	<input type="checkbox"/> Monetario <input type="checkbox"/> Médica como sigue _____

Información de Paciente

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento y que tengo el derecho de inspeccionar o copiar la información de salud protegida a revelarse como se describe en este documento. Entiendo que una revocación no es eficaz en casos donde la información ya ha sido revelada, pero será efectivo en el futuro.

Entiendo que la información usada o divulgada como resultado de esta autorización puede estar sujeta a reveler por el destinatario y ya no puede estar protegido por la ley federal or estatal.

Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar esta autorización y que mi tratamiento no estará condicionada a la firma. Esta autorización sera en efecto hasta que revocado por el paciente.

Fecha _____

Firma del paciente o representante personal

Descripción de la autoridad del representante personal (adjuntar la documentación necesaria).

Conner Family Health Clinic

Acuse de Recibo
Notificación de Practicas de Privacidad

Nombre y Dirección del Paciente:

He recibido una copia de la notificación de practices de privacidad para la práctica de nombre anterior.

Firma

Fecha

Para uso de oficina solamente

Fuimos incapaces de obtener un reconocimiento escrito de la recepción de la norificación de practices de privacidad porque:

- Existía una emergencia.
- El individuo se negó a firmar.
- Una copia se envoi por correo con una solicitud de una firma por correo.
- No se puede comunicar con el paciente por la siguiente razón:

Otra: _____

Preparado por _____

Firma _____

Fecha _____



OFICINA DE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LOS PACIENTES

Eficaz, **lunes, 26 de noviembre de 2018**, clínica de salud de la familia de Conner, será reforzar el contorno oficina políticas y procedimientos descritos a continuación. **Sus iniciales y la firma**, como un paciente valorado de la clínica de salud de la familia de Conner, es su aceptación de las siguientes políticas, términos y condiciones. **Para cumplir con las siguientes políticas y procedimientos podría resultar en descarga paciente de clínica de salud familiar de Conner.**

_____ **Mismo día/siguiente día citas:** Con el fin de servir mejor a nuestros pacientes de la mejor manera posible, nosotros no podemos hacerlo solos, que necesitamos su ayuda. Su salud es nuestra prioridad y sea tuyo también. Clínica de salud de la familia de Conner horarios a pacientes sólo con cita previa y reserva espacio para diario mismo día visitas en una necesidad por necesidad. Para acomodar el mismo día/siguiente día visitas en nuestra oficina, pedimos que usted sea consciente de sus responsabilidades como paciente. Es su deber planificar con antelación a la hora de recambios de medicamentos, seguimiento y horarios de trabajo. Mismo citas de día serán examinados por una enfermera y enviados al Dr. Conner para su aprobación. **Recargas de medicamentos y citas de seguimiento no se consideran urgentes.** Llamadas recibidas en la mañana serán revisadas y programadas en la tarde si es aprobada por el Dr. Conner. Llamadas recibidas en la tarde se programarán el siguiente día de negocio.

_____ **Programar cita de gracia:** organizar llegar 10-15 minutos antes de su cita programada. Pacientes se les da un 10 minutos de gracia para llegar a programar citas. Pacientes que han llegado a tiempo para su cita serán vistos por delante de los que llegan tarde. Si llega tarde, puede que necesitemos abreviar o reprogramar su visita dependiendo del horario.

_____ **Política de cargo de 'Presentación':** clínica de salud de la familia de Conner tiene una cuota de \$25 'Presentarse'. Se aplicará una cuota de presentación y su nombramiento será reprogramado si llegas 21 minutos su hora de cita. Una cuota de \$25 'Cargará' también se accederá por falta de comunicación, cancelar o reprogramar dentro de 24 horas de la cita programada. Después de la tercera no presentarse, será a discreción del médico en cuanto a si una carta de descarga será enviada le de desenganche de la práctica. Esto significa que ya no serán capaces de programar citas en nuestra oficina. **Los pagos de presentarse debe ser antes de programar una cita. Personal de oficina puede ejercer discrecionalidad limitada en la asignación de "no shows" para tener en cuenta circunstancias especiales, tales como hospitalización o emergencia otro.**

_____ **Copagos y deducibles:** no podremos ver a un paciente para una cita si usted no paga su copago, esto no es negociable. El contrato entre el paciente y seguro requiere que cada paciente abonar su copago en el momento del servicio. **No hay ningún copago por exámenes de salud anuales (físicos);** sin embargo, si presentan síntomas médicos o problemas de salud crónicos que deben abordarse en relación con su examen de bienestar, le facturará a su compañía de seguros visite a una oficina separada para esas otras cuestiones. **Esto se ofrece como una conveniencia para usted**, ahorrándole el tiempo de tener que entrar en una visita adicional. Esto puede resultar en un cargo se pasa a usted para la visita adicional, en ese caso una factura para el copago y la visita se enviarán a usted para el pago. **Si usted tiene un deducible de \$6.000 o más, Conner familia clínica requerirá un depósito de \$75 antes de ver el Dr. Conner.**

_____ **Planes de verificación/suplementales de seguro:** Para ayudar a agilizar su visita, evitar errores de facturación y evitar la falta de pago por los servicios prestados en esta clínica. **Es su responsabilidad verificar antes**

de su cita con el Dr. Conner que está en red con su compañía de seguros. **HACEMOS no aceptar BCBS – blue LOCAL o MEDICAID.** Los pacientes son responsables de actualizar sus datos seguros con el recepcionista en el check-in y proporcionar su tarjeta de seguro actual. En el caso, el paciente es incapaz de actualizar personal en nueva información sobre el seguro, Conner familia clínica facturará al paciente para cualquier servicio negado por la compañía de seguros que tenemos en archivo. Para los pacientes con Medicaid como un seguro complementario para cubrir los saldos restantes de tu seguro primario, usted será responsable por el saldo no pagado ya que no estamos en red, en algunos casos puede ser el costo total de los servicios prestados. Para comunicarse, resolver o para pagar las facturas pendientes contrario en referencia a las colecciones.

_____ **Saldos del paciente:** Dependiendo el plan que usted tiene puede tener un deducible. Esta es la cantidad de dinero que usted ha accedido a pagar **ANTES** de comenzar su plan de seguro con que pagar. Después de cada visita vamos a presentar su información a tu seguro. Si usted tiene un deducible restante, usted recibirá una factura de nuestra oficina de facturación. Nuestra oficina de facturación enviará un máximo de 2 facturas antes de que enviemos su saldo a las colecciones. Usted puede pagar los saldos en el momento de su visita, por correo o por teléfono. **Por favor comunicarse con nosotros.** Tenemos opciones disponibles para aquellos que lo necesitan. Pacientes con saldos de más de \$300 o que están en colecciones no se verá a menos que se han hecho un pago o un arreglo. Para consultas sobre facturación adicionales póngase en contacto con facturación de **JMK Billing en (980)258-8657.**

_____ **Solicitud de medicamentos:** Es una buena práctica solicitar medicamentos un menos antes de 1-2 semanas funcionando hacia fuera, permitiendo que tiempo para solicitar sus medicamentos y obtener una cita si es necesario. **Por favor, llame a su farmacia y que solicitar sus medicamentos a través de fax o electrónicamente.** Permitir 24-48 horas para recibir las solicitudes de medicamentos. **Nota:** Si las peticiones se hacen al final del negocio, las 24 – 48 horas comenzará el día hábil siguiente. Medicamentos prescritos por otros proveedores no serán ocupados por Dr. Conner a menos que se ha hecho un acuerdo entre usted y el Dr. Conner durante una visita.

_____ **Horario de visita de oficina obligatoria:** sustancias controladas no se llenará sin una visita. Formas FMLA y otras formas que requieren preguntas a ser respondidas requieren un paciente de una visita. Excusas excusas y la escuela de trabajo no se dará sin una visita. Pacientes que el Dr. Conner se siente no son estables pueden requerir frecuentes visitas de seguimiento para ajustar medicamentos y pruebas adicionales. Dr. Conner puede negarse a llenar ciertos medicamentos si se siente la salud del paciente está en riesgo sin mayor observación o no conformidad.

_____ **Trabajo de laboratorio:** En un esfuerzo por trabajar de forma eficiente con nuestros proveedores de laboratorio, **pacientes que necesitan a sabiendas laboratorio trabajo debe programar sus citas los martes y viernes entre 8:30 – 12:30.** Sin embargo, si durante una visita programada, un paciente tendrá trabajo de laboratorio fuera de estos tiempos de laboratorio, contamos con personal disponible para acomodar durante horas de oficina regulares.

_____ **Terminación de la forma:** Formas ni especialidad letras como CMS deportes exámenes físicos, exámenes físicos de trabajo, FMLA, inmigración, discapacidad, orientación etcetera, que requieran terminación por Dr. Conner o cualquiera del personal de la clínica de salud de familia Conner, no se pueden hacer el mismo día - a menos que tienes una cita. Está en su mejor interés para planificar y permitir suficiente tiempo completar su solicitud. **Nota: Hay un costo asociado con este servicio y algunas formas pueden requerir información adicional no disponible en el momento del servicio.** Estar dispuestos a pagar un mínimo de \$35 y un máximo de \$150, dependiendo de la forma.

_____ **Solicitud de registro médico:** Las solicitudes de registro médicas pueden por fax **704-708-4389.** Necesitaremos un formulario de consentimiento firmado alta médica que nos permite liberar la información del paciente a un centro deseado. Es necesario un tiempo de 3-5 días para completar ciertas peticiones. Ciertos cargos pueden aplicarse y están de acuerdo con § 90-411, del estatuto de Carolina del norte honorarios médico ejemplar.



TARJETA DE CRÉDITO EN LA POLÍTICA DE ARCHIVOS

En Conner Family Health Clinic, necesitamos mantener su tarjeta de crédito o débito en el archivo como un método de pago conveniente para la porción de servicios que su seguro no cubre, pero por lo cual usted es responsable. Sin esta autorización, se agregará un cargo de facturación de \$ 25 a su cuenta por cualquier saldo que debamos intentar recolectar mediante el envío de una declaración mensual. Además, un cargo de "saldo pendiente" de 1,5 por ciento de la factura total cobrará por cada mes en que la factura no sea pagada.

La información de su tarjeta de crédito se mantiene confidencial y segura y los pagos a su tarjeta se procesan sólo después de que la reclamación haya sido presentada y procesada por su asegurador y la parte de seguro de la reclamación ha pagado y contabilizado en la cuenta.

Autorizo a la Clínica de Salud Familiar de Conner a cargar la parte de mi factura que es mi responsabilidad financiera con la siguiente tarjeta de crédito o débito:

Amex Visa Mastercard Discover

Número de tarjeta de crédito _____

Fecha de caducidad _____ / _____ / _____

Nombre del titular de la tarjeta _____

Firma _____

Dirección de Envío _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Yo (nosotros), el abajo firmante, autorizo y solicito a la Clínica de Salud Familiar Conner que cargue mi tarjeta de crédito, arriba indicada, por saldos debidos por servicios prestados que mi compañía de seguros identifica como mi responsabilidad financiera.

Esta autorización se refiere a todos los pagos no cubiertos por mi compañía de seguros por los servicios que me proporciona la Clínica de Salud Familiar Conner.

Esta autorización permanecerá vigente hasta que cancelemos esta autorización. Para cancelar, yo (nosotros) debemos dar una notificación de 60 días a la Clínica de Salud Familiar Conner por escrito y la cuenta debe estar en buen estado.

Nombre del Paciente (Imprimir): _____

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____ / _____ / _____