

## 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:<br>- -   | Numero de Seguro Social:<br>- - | Idioma Principal  | Sexo<br><input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer |
| Direccion y Apt. #   |   |                                 | Ciudad  | Estado y Codigo Postal   |
| Telefono de Casa<br>- -  | Telefono de Celular<br>- -  | Telefono de Trabajo<br>- -      | Direccion Electronica del Paciente  |  |
| Raza<br><input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Asiatico<br><input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otra | Identidad Etnica<br><input type="checkbox"/> Hispano or Latino<br><input type="checkbox"/> No-Hispano or Latino |                                 | Status Matrimonial<br><input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viuda/o<br><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<br>- - | Telefono de Celular<br>- - |
| 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 mi 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 médiocs 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-protegida 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: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Forma de historial de salud**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Problema Presente \_\_\_\_\_

Farmacia preferida (incluir el dirección) \_\_\_\_\_

Medicinas y Dosages (puede adjuntar lista o escriba en parte posterior):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Alergias de la Medicina \_\_\_\_\_

**Activo Problemas:** Por favor compruebe cualquier de los siguientes que son problemas actualmente activos (circulo):

- |                                 |   |                                 |  |
|---------------------------------|---|---------------------------------|--|
| • Cambiar en visión Reciente    | • Sangrado vaginal inusual                  | • Aumento sed/appetito          | • Problemas de sueño                   |
| • Fiebre/Sudors                 | • Preocupaciones con las funciones sexuales | • Frío/calor intolerancia       | • Difícil oír/resonante en las orejas  |
| • Pérdida de peso inexplicable  | • Tumor de pecho                            | • Acidez de estómago            | • Fiebre del heno/alergias/ congestion |
| • Fatiga/debilidad inexplicable | • Secreción de pezón                        | • Sangre o cambiar en intestine | • Dificultad para tragar               |
| • Dolorido/Sangriento en orina  | • Tos con sangre                            | • Náuseas/vómito/ diarrea       | • Dolor de cabeza                      |
| • Fuga de orina                 | • Tos/Resuello                              | • Dolor de abdomen              | • Pérdida de la memoria                |
| • Micción nocturna              | • Reciente dolor de espalda                 | • Sarpullido                    | • Delirio                              |
| • Supurar: pene o vaginal       | • Musculares/ articulares dolor             | • Nuevo/cambiar en lunar        |  |
|                                 |   | • Preocupación/Presión          |  |

**Otras Enfermedades / Hospitalizaciones:**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Historia quirúrgica:** Enumere todas las operaciones anteriores y las fechas:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Immunizaciones** (Fecha de la lista la última por favor)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A _____                              | <input type="checkbox"/> Hepatitis B _____  | <input type="checkbox"/> Pneumovax (pneumonia) _____        |
| <input type="checkbox"/> Influenza (flu) _____                          | <input type="checkbox"/> Tétanos (Td) _____ | <input type="checkbox"/> Tdap (tétanos and pretussis) _____ |
| <input type="checkbox"/> Varicela (chicken pox) tiro o enfermedad _____ | <input type="checkbox"/> MMR _____          | <input type="checkbox"/> Otra _____                         |

## Forma de historical de salud - Pagina 2

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**Mantenimiento de la Salud pruebas de detección:** Lista la fecha y si los fueron anormales

Lipido (cholesterol) \_\_\_\_\_ Abnormal?  Yes  No    PSA(próstata) \_\_\_\_\_ Abnormal?  Yes  No  
 Colonoscopy \_\_\_\_\_ Abnormal?  Yes  No    Densidad ósea \_\_\_\_\_ Abnormal?  Yes  No  
 Mammografía \_\_\_\_\_ Abnormal?  Yes  No    Papanicolaou \_\_\_\_\_ Abnormal?  Yes  No

**Antecedentes familiares:**

|                  | Edad: | Vivo: | Fallecido: | Problems de Salud: |
|------------------|-------|-------|------------|--------------------|
| Padre            |       |       |            |                    |
| Madre            |       |       |            |                    |
| Hermana          |       |       |            |                    |
| Hermano          |       |       |            |                    |
| Padres del Padre |       |       |            |                    |
| Padres del Madre |       |       |            |                    |
| Niños            |       |       |            |                    |
| Otra:            |       |       |            |                    |

**Habits:**

|  | Si | No | Cuánto/Tipo |
|--|----|----|-------------|
| Uso de Drogas (marijuana, cocaine, etc.)           |    |    |             |
| Uso del tabaco: (Cigarrillo, Pipa, Puro, Masticar) |    |    |             |
| Interesados en dejar de fumar?                     |    |    |             |
| Consumo De Alcohol: (Cerveza, Vino, Liquor)        |    |    |             |
| Consumo de Cafeína: (café, té, Soda)               |    |    |             |
| Ejercicios Regularmente                            |    |    |             |
| Cinturones de Seguridad                            |    |    |             |
| Casco de Bicicleta                                 |    |    |             |

Actividad Sexual:  Si  No  Actualmente no Actual pareja de sexo son:  Hombre  Hembra

Método de control de la natalidad: \_\_\_\_\_  No es necesario

¿Has tenido alguna enfermedades de transmisión sexual (ETS)?  No  Si

¿Le interesa ser evaluada para enfermedades de transmisión sexual  No  Si

**Other Concerns:**

¿Está satisfecho con su peso?  No  Si

¿Cómo valora usted la dieta?  Bien  Justo(a)  Pobre

¿Come o bebe cuatro porciones de diario o soja diariamente o toma suplementos de calcio?  No  Si

¿Violencia en el hogar es una preocupación?  No  Si ¿Usted ha sido abusado?  No  Si

¿Tienes un arma en su casa?  No  Si

¿Tienes un testamento en vida o un poder notarial duradero para su atención médica?  No  Si

**Socioeconomics:** Ocupación: \_\_\_\_\_ Empresa: \_\_\_\_\_

Años de educación/más alto grado: \_\_\_\_\_ Cónyuge: \_\_\_\_\_ Número de niños/edad: \_\_\_\_\_

¿Quién vive en el hogar con usted? \_\_\_\_\_

**Women's History:** # Embarrazos \_\_\_\_\_ # Parto \_\_\_\_\_ # Aborto \_\_\_\_\_ # Aborto (Natural or Espontáneo) \_\_\_\_\_ Edad de inicio de los períodos: \_\_\_\_\_ Edad al final de los períodos: \_\_\_\_\_ Edad de la menopausia: \_\_\_\_\_ ¿Realiza exámenes mensuales de mamas? :  No  Si

## 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.

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

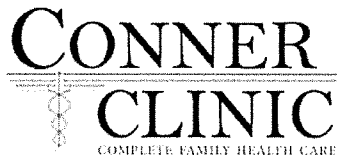
\_\_\_\_\_

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.**

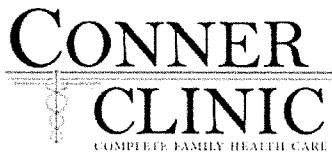
\_\_\_\_\_ **Solicitud de medicamentos:** Es una buena práctica solicitar medicamentos un menos antes de 1-2 semanas funcionando hacia fuera, permitiendo que tiempo para solicitar sus medicamentos y obtener una cita si es necesario. **Por favor, llame a su farmacia y que solicitar sus medicamentos a 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:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_