

Contacto de Emergencia:

Nombre: (Apellido) _____ (Nombre) _____ Teléfono: ____ - ____ - _____

Relación con el Paciente: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código: _____

Teléfono (Casa): ____ - ____ - _____ (Móvil): ____ - ____ - _____ (Trabajo): ____ - ____ - _____

Información del cuidador (si corresponde):

Nombre: (Apellido) _____ (Nombre) _____ Teléfono: ____ - ____ - _____

Relación del cuidador: Guardián legal Poder legal Otro**Autenticación:****Acepto que la información suministrada en este formulario es precisa y está actualizada a mi leal saber y entender.**

Firma del Pariente / Guardián: _____ Fecha: ____ / ____ / _____

AVISO DE AUTORIZACIONES Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Asignación de beneficios de seguro: POR LA PRESENTE AUTORIZO EL PAGO DIRECTO DE BENEFICIOS DE SEGURO AL COMPASSION HEALTH CARE, INC. o al médico individualmente por los servicios prestados a mis dependientes, o a mí, por el médico o aquellos bajo su supervisión. Entiendo que es mi responsabilidad conocer los beneficios de mi seguro y si los servicios que recibiré son un beneficio cubierto. Entiendo y acepto que seré responsable de cualquier copago o saldo adeudado que Compassion Health Care, Inc. no pueda cobrar a mi aseguradora, por el motivo que sea.

Autorización para divulgar información no pública: Certifico que he leído y me han ofrecido una copia del "Aviso de Prácticas de Privacidad" de HIPAA del Compassion Health Care, Inc., así como la recepción de las Prácticas de la Oficina y los Derechos y Responsabilidades del Paciente de Compassion Health Care, Inc. Por la presente autorizo a Compassion Health Care, Inc. y / o al médico de forma individual a divulgar mi información médica personal o incidental no pública o la de mi dependiente que sea necesaria para la evaluación médica, el tratamiento, la consulta o el procesamiento de los beneficios del seguro. Compassion Health Care, Inc. se reserva el derecho de revisar su Aviso de Prácticas de Políticas, Prácticas de la Oficina y Derechos y Responsabilidades del Paciente en cualquier momento. Una copia de tales revisiones estará disponible bajo petición.

Información de Medicare / Medicaid: Certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago bajo estos programas es correcta. Autorizo la publicación de cualquiera de mis registros o los de mi dependiente que estos programas puedan solicitar. Por la presente, ordeno que el pago de mis beneficios autorizados o los de mi dependiente se realicen directamente en Compassion Health Care, Inc. o el médico en mi nombre.

Pruebas de laboratorio: Entiendo que puedo recibir una factura por separado si mi atención médica incluye servicios de laboratorio. Además, entiendo que soy financieramente responsable de cualquier copago o saldos adeudados por estos servicios si mi seguro no los reembolsa por el motivo que sea.

Prescripciones / Recetas: Reconozco que mi médico tratante / proveedor médico puede obtener un historial de medicamentos recetados si lo considera necesario.

Consentimiento para el tratamiento: Por la presente doy mi consentimiento para la evaluación, las pruebas y el tratamiento según lo indicado por mi médico de Compassion Health Care, Inc. o aquellos bajo su supervisión.

Mi firma a continuación certifica que he leído y acepto toda la información mencionada anteriormente.

Firma del Paciente / Guardián: _____ Fecha: ____ / ____ / _____

¿Desea inscribirse para acceder a sus registros médicos a través del portal para pacientes de CHC? Sí No

** Nota: Cuando lo inscribamos, recibirá un correo electrónico en la dirección que nos dio en la primera página de este formulario. Le recomendamos encarecidamente que use una dirección de correo electrónico a la que usted solo tiene acceso.*



■ Email: info@compassionhealthcare.org
 ■ Web: compassionhealthcare.org

Caswell Family Medical Center
 439 US Hwy 158 West
 Yanceyville, NC 27379

■ Tel: (336) 694-9331
 ■ Fax: (336) 694-7511

James Austin Health Center
 207 E Meadow Rd, # 6
 Eden, NC 27288

■ Tel: (336) 864-2795
 ■ Fax: (336) 864-2895

Información del Historial Médico Del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento ___ / ___ / _____

Enumere todas las alergias, incluidos medicamentos, alimentos, ambientales y betadine: _____

Fecha en que se completó el formulario: ___ / ___ / _____

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones de salud? (Por favor marque todos los que apliquen)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Fiebre de heno | <input type="checkbox"/> Otro (Por favor, describa): _____ |
| <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea | <input type="checkbox"/> Neumonía | _____ |
| <input type="checkbox"/> Asma / enfisema | <input type="checkbox"/> Huesos rotos | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ataque al corazón | <input type="checkbox"/> Flebitis | _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la piel | |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Gota | |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Sarampión alemán | |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Varicela | |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Hepatitis | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón | <input type="checkbox"/> Úlcera péptica | |
| <input type="checkbox"/> Cálculos renales | <input type="checkbox"/> Infección vaginal | |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Transmisión Sexual | |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Anemia | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad mental | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | |

Marque la casilla para cualquier miembro de la familia que haya tenido alguno de los siguientes problemas de salud.

	Padre	Madre	Abuelo	Abuela	Hermano	Hermana
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma / enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque al corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cálculos renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Continúa en la página siguiente ...

¿Ha tenido alguna de las siguientes cirugías? (Por favor marque todos los que apliquen)

- | | | | | |
|---|--------------------------------------|--|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amígdalas / Garganta | <input type="checkbox"/> Tiroides | <input type="checkbox"/> Oído | <input type="checkbox"/> Ojo | <input type="checkbox"/> Estómago |
| <input type="checkbox"/> Vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Apéndice | <input type="checkbox"/> Colon | <input type="checkbox"/> Riñón | <input type="checkbox"/> Hernia |
| <input type="checkbox"/> Hueso | <input type="checkbox"/> Próstata | <input type="checkbox"/> Circuncisión | <input type="checkbox"/> Vasectomía | <input type="checkbox"/> Corazón |
| <input type="checkbox"/> Pulmón | <input type="checkbox"/> Seno | <input type="checkbox"/> Histerectomía | <input type="checkbox"/> Cesárea | <input type="checkbox"/> Ovarios |
| <input type="checkbox"/> Ligadura de trompas | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | |

Historial social (marque todos los que correspondan):

- Uso de alcohol (cualquier tipo) Consumo de tabaco (de cualquier tipo) Uso de drogas "callejero" (cualquier tipo)

Solo pacientes mujeres:

¿En qué año fue su último parto? _____ Período / ciclo menstrual: Regular Irregular

Primer día del último período (fecha): ____ / ____ / _____

Total de Embarazos: _____ # Total de nacimientos en vivo: _____ # Total de Abortos involuntarios / nacidos muertos: _____

Total de abortos: _____

Enumere todos los medicamentos actuales, incluidos los anticonceptivos y los medicamentos de venta libre:

¿Tiene alguno de los siguientes síntomas o condiciones? (Por favor marque todos los que apliquen)

- Síntomas Generales:** Fatiga Fiebre / Escalofríos Dolores de cabeza Pérdida de apetito
- Ojos:** Secreción Ardor / picazón Dolor de ojo Pérdida / Visión borrosa
- Oídos, Nariz, Garganta:** Dolor de oído Sinusitis Secreción nasal Dolor de garganta
- Cardiovascular:** Dolor en el pecho en reposo Dolor en el pecho durante actividades extenuantes
 Falta de aliento mientras está acostado Hinchazón de tobillos
 Palpitaciones
- Respiratorio:** Tos Sibilancias Falta de aliento Ronquidos
- Gastrointestinal:** Náusea Vomitando Diarrea Estreñimiento
 Sangre en heces Dolor abdominal Acidez
- Genitourinario:** Dolor al orinar Frecuencia de orinar Sangre en la orina
- Musculoesquelético:** Dolor de espalda Dolor de cuello Dolores en las articulaciones Dolor muscular
- Integumentario:** Erupciones en la piel Cambios en lunares
- Neurológico:** Pérdida de conocimiento Estremecimiento Parestesia / entumecimiento
 Debilidad local Actividad convulsiva
- Psiquiátrico:** Ansiedad Depresión Mal humor
- Endocrino:** Sed excesiva Cambio en peso
- Hematológico / linfático:** Sangrado anormal Anemia



■ Email: info@compassionhealthcare.org
 ■ Web: compassionhealthcare.org

Caswell Family Medical Center
 439 US Hwy 158 West
 Yanceyville, NC 27379

■ Tel: (336) 694-9331
 ■ Fax: (336) 694-7511

James Austin Health Center
 207 E Meadow Rd, # 6
 Eden, NC 27288

■ Tel: (336) 864-2795
 ■ Fax: (336) 864-2895

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre del paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

HIPAA (Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros de Salud) le otorga el derecho de solicitar que le comuniquemos confidencialmente información financiera o médica mediante un método particular. Para proteger la privacidad y confidencialidad de su información, complete lo siguiente. Este formulario nos dirá cómo desea que nos comuniquemos con usted y con quién podremos analizar sus preguntas sobre atención médica, seguros y facturación.

Puede ponerse en contacto conmigo en los siguientes números de teléfono: **(Indique todos los números que correspondan)**

Casa: _____ Móvil: _____ Trabajo: _____

_____ Sí, puede dejar un mensaje completamente detallado en: Casa _____ Móvil _____ Trabajo _____

_____ Sí, puede dejar un mensaje mínimo necesario en: Casa _____ Móvil _____ Trabajo _____

Esta autorización permite la divulgación de información de salud protegida que incluye, entre otros, los resultados de las pruebas, el diagnóstico, el tratamiento y la información de facturación. Esta información incluye enfermedad mental o discapacidad de desarrollo, notas de psicoterapia, pruebas o tratamientos de VIH o SIDA (incluida información sobre el orden, rendimiento o resultados de las pruebas, independientemente de si los resultados fueron positivos o negativos), enfermedades de transmisión sexual, abuso de sustancias, abuso de un adulto con una discapacidad, asalto sexual, abuso infantil o negligencia, pruebas genéticas.

Autorizo que la información de salud protegida con respecto a la persona mencionada anteriormente se discuta conmigo o con la(s) siguiente(s) persona(s):

Nombre

Relación

Nombre

Relación

Nuestra oficina continuará comunicándose con usted de acuerdo con su(s) respuesta(s) anterior hasta que cambie sus preferencias. Continuaremos dejando confirmaciones de citas en su número de teléfono principal. Puede hacer un cambio completando un nuevo formulario. Al firmar a continuación, otorga permiso a la comunicación descrita anteriormente.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Padre / Guardián legal / Representante personal (obligatorio si el paciente no está legalmente autorizado para firmar la autorización)

Relación con el paciente



Email: info@compassionhealthcare.org
 Web: compassionhealthcare.org

Caswell Family Medical Center
 439 US Hwy 158 West
 Yanceyville, NC 27379

Tel: (336) 694-9331
 Fax: (336) 694-7511

James Austin Health Center
 207 E Meadow Rd, # 6
 Eden, NC 27288

Tel: (336) 864-2795
 Fax: (336) 864-2895

SOLICITUD DE COSTO BASADO EN EL INGRESO

Tome en cuenta: Solamente complete este formulario si necesita asistencia financiera para cubrir sus gastos de bolsillo. Si esto no se aplica a usted, omita este formulario.

(Apellido) _____ (Nombre) _____ (Segundo Nombre) _____ (Anterior) _____

Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / _____ Número total en el hogar (incluyendo a usted mismo): _____

Complete la siguiente información para los otros miembros de su hogar:

	Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento	¿Es paciente en CHC?
1		___ / ___ / _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2		___ / ___ / _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3		___ / ___ / _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4		___ / ___ / _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5		___ / ___ / _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6		___ / ___ / _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Por favor, complete lo siguiente según los ingresos de todas las personas mencionadas anteriormente:

Fuente de Ingreso	Cantidad Mensual	Fuente de Ingreso	Cantidad Mensual
Salario	\$ _____	Desempleo	\$ _____
Seguridad Social	\$ _____	Pensión / Jubilación	\$ _____
Ingresos / Dividendos de alquiler	\$ _____	Interés	\$ _____
Apoyo conyugal	\$ _____	Manutención de los hijos	\$ _____
Orfanato	\$ _____	Discapacidad	\$ _____
Otro: _____	\$ _____	Otro: _____	\$ _____

Ingreso mensual total de todas las fuentes: \$ _____

Adjunte comprobante / verificación para cada una de las fuentes de ingresos indicadas anteriormente.

Firma: Por la presente certifico que la información anterior sobre mis ingresos es verdadera y completa, y que no tengo otro ingreso que el mencionado anteriormente. Prometo notificar a CHC de inmediato si hay algún cambio en mis ingresos, tamaño de familia, dirección postal o número de teléfono.

 Firma del paciente

___ / ___ / _____
 Fecha

Sólo para uso de oficina:

Revisé la aplicación y determiné que el paciente:

no es elegible para la escala basada en el ingreso.

es elegible y ha sido asignado a:

Escala A

Escala D

Escala B

Escala E

Escala C

Firma del personal: _____

Fecha: ___ / ___ / _____

Verificación: _____ CFO _____ CEO **Fechas efectivas:** Desde ___ / ___ / _____ a ___ / ___ / _____