



Estimado paciente:

Gracias por elegir a Wellington Regional Primary Care, donde nos esforzamos por ofrecer la mejor atención médica posible. Es nuestro placer darle la bienvenida a usted como paciente. Esta carta está diseñada para brindarle información importante sobre nuestros servicios y el funcionamiento de nuestro consultorio.

Emergencias/Atención fuera del horario: Si la oficina está cerrada y tiene una emergencia médica llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias más cercana. Para emergencias sin riesgo de vida usted puede dejar un mensaje en nuestro servicio de contestador. Si desea dejar un mensaje para que el personal de la oficina le devuelva su llamada al siguiente día hábil, puede llamar al número de la oficina y dejar un correo de voz o sigue las instrucciones para ser transferido al servicio de contestador las solicitudes para el resurtido de medicamentos recetadas **NO** se recibirán fuera del horario de atención: llame durante el horario laboral normal consulte nuestra política de resurtido de medicamentos recetados a continuación.

Resurtido de medicamentos recetados: Llame a su farmacia con respeto al resurtido de medicamentos con al menos 72 horas de anticipación, a fin de que la farmacia y su prestador tengan tiempo suficiente para recibir y responder su solicitud antes de que usted se quede sin medicamentos. Con respecto a los medicamentos de mantenimiento, su prestador de atención médica le recetará suficientes resurtidos que estos medicamentos le duren hasta la siguiente visita al consultorio. Cuando sus resurtidos se agoten es una indicación de que debe programar una cita de seguimiento con su prestador. *****Nosotros NO tratamos el dolor crónico a largo plazo, ya que los pacientes con este tipo de dolor deben ser atendidos por especialistas en el tratamiento del dolor.*****

Historias clínicas en línea: Proporcione su dirección de correo electrónico y reciba automáticamente una invitación para obtener acceso a sus historias en línea. Recibirá una invitación de IQ health, para completar el proceso de inscripción. Usted obtendrá acceso seguro en línea a su historia clínicas, que incluyen, entre otros detalles, alegrías, vacunas, medicamentos, procedimientos realizados, problemas de salud, etc. Esta aplicación es gratuita y está disponible con conectividad a Internet, las 24 horas al día, los 7 días a la semana.

Su opinión importa: Después de su visita, puedes recibir un correo electrónico de nuestro socio de encuestas, MedicalGPS, LLC. **AGRADECEMOS** Se tome un momento para informarnos como nos estamos desempeñando. Si una persona se destacó durante su consulta, mencione su nombre en la sección de comentarios ya que nos encantaría saberlo.

Preguntas sobre pagos/facturación: El pago será requerido en el momento en que se prestan los servicios. Cobraremos todos los saldos pendientes en Wellington Regional Primary Care y por los servicios prestados al momento del servicio. Tenga en cuenta que su compañía de seguros puede procesar la reclamación con una mayor responsabilidad para el paciente. Usted puede recibir un estado de Wellington Regional Primary Care Respeto de cualquier saldo de facturación. Si tiene una pregunta sobre su estado, puede ponerse en contacto directamente con la oficina o con nuestro departamento de facturación al 888-804-6274.

Formularios: Algunos formularios son extensos y requieren al pago de un cargo de \$25 al momento de la solicitud. Otros formularios podrán requerir una cita antes de completar los documentos solicitados.

Identificación: La protección de su identidad es importante para nosotros se les requiere que presente una identificación con foto emitida por el gobierno junto con su(s) credencial(es), Del seguro en cada visita. También escanaremos una copia para guardar en sus historias clínicas electrónicas.

Otras ubicaciones: Contamos con una gran red de prestadores y, debido a nuestro sistema compartido de historias clínicas electrónicas (EMR, por sus siglas en inglés), tendremos acceso a la mayoría de sus historias clínicas si realiza una consulta dentro de nuestra red. Consulte la lista completa a continuación.

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

Información del paciente						
Apellido		Nombre		Segundo nombre	Sufijo	N.º de seguro social
Género (marcar)	Fecha de nacimiento	Estado civil (marcar)	<input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Casado/a	Médico de atención primaria	
		<input type="checkbox"/> Separado/a	<input type="checkbox"/> Soltero/a	<input type="checkbox"/> Viudo/a	<input type="checkbox"/> Otro: _____	
Idioma preferido (marcar)		Raza (marcar)		Etnicidad (marcar)		
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español		<input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Otra: _____		<input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> No hispana <input type="checkbox"/> Desconocida		
Domicilio postal		Departamento/lote	Ciudad/estado	Código postal	Números de teléfono	
					Particular ()	
					Celular ()	
					Laboral ()	
Dirección de correo electrónico			¿Cómo nos conoció?		Médico que deriva	
Parte responsable						
Marcar si es el mismo que: <input type="checkbox"/> Paciente						
Apellido		Nombre	Género (marcar)	Fecha de nacimiento	¿Cuál es el vínculo del paciente con la parte responsable?	
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Domicilio postal		Departamento/lote	Ciudad/estado	Código postal	Números de teléfono	
					Particular ()	
					Celular ()	
					Laboral ()	
Información del empleador						
Empleador		Domicilio		Ciudad/estado	Código postal	
Contacto de emergencia						
Marcar si es el mismo que: <input type="checkbox"/> Parte responsable						
Apellido		Nombre	Género (marcar)	Fecha de nacimiento	¿Cuál es el vínculo del paciente con el contacto de emergencia?	
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Domicilio postal		Departamento/lote	Ciudad/estado	Código postal	Números de teléfono	
					Particular ()	
					Celular ()	
					Laboral ()	
Contacto del representante						
Marcar si es el mismo que: <input type="checkbox"/> Parte responsable <input type="checkbox"/> Contacto de emergencia						
Apellido		Nombre	Género (marcar)	Fecha de nacimiento	¿Cuál es el vínculo del paciente con el representante?	
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Domicilio postal		Departamento/lote	Ciudad/estado	Código postal	Números de teléfono	
					Particular ()	
					Celular ()	
					Laboral ()	
Información del seguro						
Marcar si es: <input type="checkbox"/> Pago particular						
Marcar si es el mismo que: <input type="checkbox"/> Parte responsable			Marcar si es el mismo que: <input type="checkbox"/> Parte responsable			
Nombre del suscriptor/miembro		Fecha de nacimiento		Nombre del suscriptor/miembro		
¿Cuál es el vínculo del paciente con el suscriptor?		Género (marcar)		¿Cuál es el vínculo del paciente con el suscriptor?		
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
Compañía de seguros primaria		Fecha de inicio		Compañía de seguros secundaria		
Domicilio postal del seguro postal		Ciudad/estado	Código	Domicilio postal del seguro postal		
N.º de suscriptor/miembro		N.º de grupo		N.º de suscriptor/miembro		
				N.º de grupo		

Firma del paciente o representante legal

Fecha

Aclaración en letra imprenta del paciente o del representante legal

Nombre y apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Motivo de la consulta: _____

Farmacia preferida (nombre/ubicación): _____

¿TIENE ALGUNA ALERGIA? _____

Lista de medicamentos que toma **ACTUALMENTE** (recetados, de venta libre y vitaminas):

Nombre: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Si tiene medicamentos adicionales, enumérelos al dorso del formulario.

Historia clínica (marque TODO lo que corresponda):

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> TDA | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Polimialgia |
| <input type="checkbox"/> TDAH | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Cáncer de próstata |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Diverticulitis | <input type="checkbox"/> Psoriasis |
| <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Problemas psiquiátricos |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofágico | <input type="checkbox"/> Cáncer rectal |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular | <input type="checkbox"/> Infarto de miocardio | <input type="checkbox"/> Rosácea |
| <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar | <input type="checkbox"/> Cardiopatía | <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de vejiga | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Célula falciforme |
| <input type="checkbox"/> Problemas intestinales | <input type="checkbox"/> Hepatitis (A, B, o C) | <input type="checkbox"/> Síndrome de Sjogren |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de mama | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Accidente |
| <input type="checkbox"/> Dificultades para respirar | <input type="checkbox"/> Colesterol elevado | cerebrovascular/ACV |
| <input type="checkbox"/> Cáncer (tipo):
_____ | <input type="checkbox"/> Problemas hepáticos | Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirrosis | <input type="checkbox"/> Cáncer de pulmón | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de colon | <input type="checkbox"/> Migrañas | _____ |
| <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Osteoartritis | _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn | <input type="checkbox"/> Cáncer de páncreas | |
| <input type="checkbox"/> Demencia | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson | |
| | <input type="checkbox"/> Neumonía | |

Cirugías/procedimientos (marcar TODO lo que corresponda):

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cirugía/reconstrucción del ligamento cruzado anterior | <input type="checkbox"/> Aumento de senos | <input type="checkbox"/> Colostomía/reversión |
| <input type="checkbox"/> Extirpación de adenoides | <input type="checkbox"/> Cirugía de baipás cardíaco | <input type="checkbox"/> Cesárea |
| <input type="checkbox"/> Extirpación del apéndice | <input type="checkbox"/> Cateterismo cardíaco | <input type="checkbox"/> Dilatación y legrado |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de espalda | <input type="checkbox"/> Cirugía de cataratas | <input type="checkbox"/> Implante desfibrilador |
| | <input type="checkbox"/> Resección del colon | |

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

- Extirpación de la vesícula biliar
- Reemplazo de cadera
- Reemplazo de rodilla
- Esplenectomía
- Extirpación de amígdalas
- Reemplazo total de articulación
- Tumorectomía
- Biopsia de ganglio linfático
- Mastectomía
- Ligadura de trompas
- Vasectomía
- Marcapasos
- Intervención coronaria percutánea (angioplastia)
- Cirugía de hombro
- Otra no listada: _____

Salud de la mujer:

Fecha

Resultados

- | | | | |
|----------------------------|-------|---------------------------------|----------------------------------|
| Último período menstrual | _____ | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Anormal |
| Papanicolau/examen pélvico | _____ | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Anormal |
| Última mamografía | _____ | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Anormal |
| Densitometría ósea | _____ | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Anormal |
- Cantidad de embarazos: _____ Partos: _____ Abortos involuntarios: _____ Abortos provocados: _____

Mantenimiento de la salud:

Fecha

Resultados

- | | | | |
|---|-------|---------------------------------|----------------------------------|
| Exploración física/Consulta de bienestar | _____ | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Anormal |
| Colesterol | _____ | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Anormal |
| Colonoscopia | _____ | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Anormal |
| EGD | _____ | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Anormal |
| Antígeno prostático específico/PSA | _____ | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Anormal |
| Prueba de esfuerzo/Prueba de esfuerzo nuclear | _____ | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Anormal |

Vacunas:

Mes/año

- | | | | |
|--------------------------------|-------------|--------------------------|-------------|
| Hepatitis A | Nº. 1 _____ | Nº. 2 _____ | |
| Hepatitis B | Nº. 1 _____ | Nº. 2 _____ | Nº. 3 _____ |
| Gardasil (VPH) | Nº. 1 _____ | Nº. 2 _____ | Nº. 3 _____ |
| Influenza | _____ | Neumonía | _____ |
| Tétano | _____ | Zostavax (Herpes zóster) | _____ |
| Prueba cutánea de tuberculosis | _____ | Varicela | _____ |

Antecedentes sociales:

Fumador: Nunca Anteriormente Actualmente

En caso AFIRMATIVO, marcar todo lo que corresponda: Cigarrillos Cigarros

Tabaco para mascar/tabaco rapé

Cigarrillos electrónicos

Cuánto por día: _____ Cuántos años: _____ Fecha en que dejó de consumir: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Consumo de alcohol: Nunca Diariamente Socialmente Consumo diario estimado: _____

¿Es sexualmente activo? Sí No
¿Utiliza algún método anticonceptivo? Sí No En caso afirmativo, qué tipo: _____

¿Tuvo alguna vez una enfermedad de transmisión sexual? Sí No En caso afirmativo, qué tipo: _____

Consumo de drogas ilícitas: Nunca Anteriormente Actualmente Tipo de droga(s): _____
¿Se siente seguro en casa? Sí No

Testamento vital/Poder: ¿Tiene un testamento vital? Sí No
¿Tiene un poder duradero para atención médica? Sí No

Antecedentes familiares: Adoptado Desconocido

Madre viva: Sí No Edad de fallecimiento: _____ Causa del fallecimiento: _____

Padre vivo: Sí No Edad de fallecimiento: _____ Causa del fallecimiento: _____

(Enumere cualquier antecedente médico grave que ocurra en su familia)

Madre	Padre	Hermanos	Abuelos maternos	Abuelos paternos

Lista de prestadores: (Nombre del médico/práctica)

- Cardiólogo _____
- Gastroenterólogo _____
- Cirujano general _____
- Neurólogo _____
- Obstetra y ginecólogo _____
- Atención primaria _____
- Urólogo _____
- Otro _____

<u>Admisión(es) en el hospital/Visita(s) a la sala de emergencias:</u>	<u>Año</u>	<u>Diagnóstico</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



NOTIFICACIÓN SOBRE POLÍTICA DE PRIVACIDAD

En recepción se encuentra a disposición del público una copia de la notificación sobre política de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) que puedo leer íntegramente. La notificación sobre política de privacidad de HIPAA contiene información sobre los usos y las divulgaciones de mi información médica protegida («IMP»).

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA y CONTACTO DE EMERGENCIA

Autorizo a **Wellington Physician Alliance** a comunicarse con las siguientes personas sobre mi afección médica, diagnóstico, tratamiento, citas (pasadas y futuras) y obligación financiera. Entiendo que no se compartirá información médica con nadie, incluyendo familiares, a menos que se les mencione por nombre a continuación.

Nombre: _____ Relación _____

Nombre: _____ Relación _____

Autorizo a **Independence Physician Management** a dejar en mi número de teléfono celular o de casa mensajes de voz o de contestador automático sobre resultados de pruebas u otras inquietudes relacionadas con la atención médica. Sí No

Contacto de emergencia: _____ Número de teléfono _____ Relación: _____

Correo electrónico: _____

POLITICA FINANCIERA y AUTORIZACIÓN para CESIÓN de PRESTACIONES

Wellington Physician Alliance aspira a hacer su normativa financiera, trámites con aseguradoras y procedimientos de facturación lo más simple posibles para sus pacientes. Usted tiene la responsabilidad no solo de asegurarse de que tengamos la información correcta de su seguro, sino también de conocer su copago, cantidad de coseguro y franquicia. Los pacientes que pagan por cuenta propia, a quienes se ofrece un descuento del 50 %, deben abonar la cantidad correspondiente en el momento de prestación de servicios. A los pacientes cuyos cheques se regresen por insuficiencia de fondos se les aplicará un recargo de 30 dólares. Los estados financieros se envían por correo mensualmente. En caso de preguntas o inquietudes acerca de su saldo, favor de ponerse en contacto con nuestra oficina central de facturación. **Wellington Physician Alliance** presentará los reclamos por prestación de servicios directamente a mis seguros primario y secundario. Autorizo el pago directo a **Wellington Physician Alliance** de cualquier prestación de seguro que de otra manera sea pagadera a mí. Los cargos que no se consideren cubiertos por la compañía aseguradora serán responsabilidad del paciente, excepto según lo requerido por ley en relación con programas estatales y federales de reembolso. Autorizo a **Wellington Physician Alliance** a divulgar o recibir cualquier información necesaria para acelerar la tramitación de los reclamos de seguro.

CONSENTIMIENTO GENERAL para EXAMEN y TRATAMIENTO

Por la presente doy a **Wellington Physician Alliance** mi consentimiento y autorización para realizar exámenes médicos y prestar atención médica de rutina en todas mis visitas; esto podría incluir procedimientos y pruebas rutinarias diagnósticas y de laboratorio, administración de medicamentos y otra atención de rutina para la cual no firmaré un formulario de consentimiento informado específico. El presente consentimiento incluye consentimiento y autorización para tomar fotografías o imágenes de mí o de partes de mi cuerpo a efectos de identificación, diagnóstico, tratamiento, pago y actividades de atención medica prestadas por **Wellington Physician Alliance**. Toda fotografía o imagen que se tome pasará a formar parte de mi expediente médico. **Wellington Physician Alliance** no usará dichas fotografías o imágenes con ningún otro fin sin mi consentimiento específico por escrito. Entiendo que ciertos procedimientos requerirán un consentimiento informado específico y que **Wellington Physician Alliance** me proporcionará con anticipación la información y los formularios pertinentes. Otorgo a **Wellington Physician Alliance** consentimiento para informar al Registro de Vacunación del Estado de las vacunas administradas y para consultar o importar todo el historial de medicamentos recetados durante los últimos dos años. Autorizo a **Wellington Physician Alliance** a buscar mis expedientes y acceder a ellos por medio de un intercambio de información médica (HIE, por sus siglas en inglés) a efectos de tratamiento médico. Tengo derecho a dejar de participar en cualquier momento mediante notificación a **Wellington Physician Alliance**.

Nombre del paciente (letra de molde)

Firma

Representante del paciente (si este no puede firmar)

Firma



AUTORIZACIÓN DE LA DIVULGACIÓN DE MI INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Apellido de soltero/anterior: _____ Número telefónico actual: _____
Domicilio actual: _____

Solicito la divulgación de mi información médica protegida por los siguientes motivos:

- Continuar un tratamiento
- Determinación de incapacidad
- Investigación judicial
- Otros: _____

Autorizo la divulgación de lo siguiente:

- Notas del consultorio médico
- Resultados de laboratorio
- Informe de diagnóstico
- Otros: _____

Los puntos que se detallan a continuación solo

se incluirán si son marcados:

- Evaluación psicológica
- Antecedentes de tratamientos por alcoholismo y drogadicción
- Resultados de pruebas de VIH y antecedentes de tratamiento contra el SIDA

Obtener mi información médica protegida de:

_____ () _____
Nombre del centro/proveedor Número de teléfono o fax Dirección Ciudad Estado Código postal

Divulgar mi información médica a:

_____ () _____
Nombre del centro/proveedor Número de teléfono o fax Dirección Ciudad Estado Código postal

Esta autorización vence el ____/____/20____. (De no ser especificado, la autorización vencerá un año después de la fecha de la firma)

Tiene derecho a anular esta autorización por escrito cuando lo desee. Puede consultar las excepciones en el Aviso de prácticas de privacidad. La anulación no se aplicará a la información que haya sido divulgada en respuesta a esta autorización. Cuando la información mencionada anteriormente sea divulgada, esta podrá ser divulgada nuevamente por el destinatario y no estará protegida por regulaciones federales. No firmar esta autorización impedirá el cumplimiento de la intención mencionada anteriormente. Los tratamientos o pagos por servicios no están condicionados por la firma de la autorización. Se podrán aplicar un cargo por la copia de mi información en la tramitación de la presente solicitud.

El formulario debe completarse antes de ser firmado:

Firma del paciente (necesario para mayores de 12 años) Firma de padres/tutor legal (de corresponder) Vínculo con el paciente

Firma del testigo Fecha de la firma

La autorización está destinada a permitir que el pabellón divulgue información, por escrito y verbalmente, por el motivo específico de la divulgación y en beneficio del paciente. Esta divulgación de información manifiesta conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés), las Normas de privacidad de información médica identificativa (Normas de privacidad), el título 45 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés), artículos 160 y 164, y todas las normativas federales y pautas de interpretación promulgadas bajo la misma. **Toda información protegida por normativas federales que regulan privacidad de las historias clínicas de pacientes con alcoholismo y drogadicción (título 42 del CFR, parte 2) o la LEY DE SALUD MENTAL está sujeta a la prohibición de una divulgación posterior por parte el destinatario sin la autorización pertinente para una nueva divulgación. EL CENTRO no se responsabiliza por nuevas divulgaciones.**



POLÍTICA DE CANCELACIÓN DE CITAS MÉDICAS / NO SHOW POLICY

Gracias por elegir Wellington Regional Medical Center.

Para garantizar que su experiencia sea lo más eficiente y efectiva posible, deseamos enfatizar la importancia de respetar rigurosamente los turnos programados.

Valoramos profundamente su tiempo y el de nuestros profesionales, quienes dedican una atención exclusiva a cada paciente en los horarios designados. Entendemos que, en ocasiones, surgen circunstancias imprevistas que pueden dificultar su asistencia a una cita previamente agendada.

No obstante, es imperativo que cualquier cancelación se realice con un mínimo de 24 horas de antelación al día programado.

Esta notificación anticipada es esencial para permitirnos organizar la agenda de nuestros profesionales y asegurar la atención oportuna para todos nuestros apreciados pacientes.

Cualquier visita perdida sin aviso se considerará una **INASISTENCIA**.

Si un paciente tiene más de **tres (3) citas** sin presentación y/o sin la notificación previa solicitada será dado de baja del consultorio.

FIRMA

FECHA