



**MAHEC**  
Ob/Gyn Specialists



## BIENVENIDA A NUESTRO CONSULTORIO

¡Nos complace que usted haya escogido MAHEC Ob/Gyn Specialists para su atención de salud!

Estamos muy orgullosos de la alta calidad del cuidado brindado de parte de nuestro equipo de proveedores/as de cuidado de salud, lo cual incluye médicos certificados por el consejo, especialistas de medicina maternal fetal, médicos residentes de obstetricia y ginecología, enfermeras parteras y enfermeras médicas de práctica avanzada. Como su especialista, estamos comprometidos a brindarle un cuidado compasivo de la más alta calidad. Nos coordinaremos con su médico de cabecera, cuando eso sea adecuado, para asegurar que usted reciba el rango completo de cuidado que usted merece.

**HORARIO DE ATENCIÓN:** De lunes a viernes, de las 8:30 a.m. hasta las 4:00 p.m.

Si usted tiene alguna preocupación, por favor llame al (828) 771-5500. Una enfermera le devolverá su llamada el mismo día, tan pronto como sea posible. Si tiene una emergencia, por favor avise a la recepcionista cuando llama para que una enfermera pueda hablar con usted inmediatamente.

### DESPUÉS DE LA HORA DE CIERRE

Durante las noches, los fines de semana y los feriados usted puede comunicarse con el médico de turno llamando a nuestro consultorio al (828) 771-5500 y escogiendo la opción #1 para el servicio de recepción de llamadas. Si tiene un asunto que no es urgente, puede escoger la opción #2 y dejarnos un mensaje de voz. Se devuelven las llamadas el siguiente día laborable.

### MAHEC Ob/Gyn Specialists

Mary C. Nesbitt Biltmore Campus, 119 Hendersonville Road, Asheville, NC 28803

**Phone:** 828-771-5500 | **Fax:** 828-771-5454



## **¡Bienvenidos a MAHEC!**

Gracias por escogernos a nosotros para su atención de salud. MAHEC ha formado parte de Asheville desde 1974 y continuamos nuestra tradición de atención premiada con orgullo. Nuestros/as proveedores/as de atención de salud y nuestro personal están contentos/as de tener la oportunidad de cuidar a su familia entera en nuestros consultorios de salud de familia, medicina interna, en nuestros consultorios de obstetricia, las clínicas dentales y en el centro de psiquiatría. Servimos orgullosamente a todos/as los/as pacientes, sin importar sus ingresos o situación de seguro de salud.

- MAHEC está expandiendo nuestro programa de asistencia financiera para ofrecer por encima de lo que habíamos ofrecido anteriormente. Para facilitar este cambio pedimos a todos/as nuestros/as pacientes, actuales y nuevos/a, que completen un paquete de formularios de información de nuevo/a paciente.
- Nuestros/as asesores/as financieros/as de paciente están disponibles para guiarlo/a en el proceso de solicitar la asistencia ofrecida a través de nuestro programa de descuento de escala móvil. Se basa la elegibilidad en los ingresos y el tamaño de la familia. Se espera el pago de las cantidades de dinero de las cuales usted es responsable a la hora del servicio. Podemos ayudarle con opciones de pago, si usted no puede saldar la cuenta.

### **ANTES DE SU CITA**

***Este paquete de bienvenida incluye formularios que usted necesita por favor leer y completar antes de su cita***

Es **MUY** importante que usted complete cada uno de los formularios y que entregue el paquete entero al personal de la recepción cuando llegue al consultorio para su cita. Por favor llegue **15 minutos antes de la hora de su cita** para finalizar el proceso de inscribirse.

Otras documentaciones que usted necesita llevar:

- Tarjeta de seguro de salud y licencia de conducir (u otra tarjeta de identidad válida con foto)
- Historial de salud o informes médicos relevantes
- Lista de medicamentos actuales o los frascos de sus medicinas
  - o Nombre de la medicina
  - o Dosis recetada(s)
  - o Cuánto tiempo lleva tomando la(s) medicina(s)

### **Portal de paciente de MAHEC**

Nos complace brindarles a todos/as nuestros/as pacientes una herramienta en línea que les da acceso a su registro de salud personal 24/7. Con el portal, usted puede, de forma segura, enviarle notas por correo electrónico a su proveedor/a de atención de salud, mirar sus resultados de análisis de laboratorio, repasar su historial médico y mucho más. Usaremos la dirección de correo electrónico que usted nos da para brindarle acceso al portal, si usted no lo tiene actualmente. Simplemente espere ver un correo electrónico con instrucciones que le llegará después de su cita.

***¡Gracias por escogernos a nosotros para su atención de salud!***



# MAHEC Formulario de registro del/la paciente

Por favor complete la siguiente información utilizando tinta negra. ESTA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL.

- Internal Medicine  
  FHC Biltmore  
  FHC Cane Creek  
  FHC Enka/Candler  
  FHC Newbridge  
 Ob/Gyn Biltmore  
  Ob/Gyn Franklin  
  Women's Care Brevard  
  Psychiatry  
  Deerfield  
  Givens

## INFORMACIÓN DE PACIENTE

Nombre y apellido(s): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Dirección de la casa: \_\_\_\_\_ Género al nacer:  Masculino  Femenino  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Nº de seguro social: \_\_\_\_\_  
 Condado de residencia: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Número telefónico en casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Número telefónico en el trabajo: \_\_\_\_\_

Al proporcionar un número de teléfono, número de teléfono celular o una dirección de correo electrónico autorizo a MAHEC a ponerse en contacto conmigo o con mi tutor/representante legal para recordatorios de citas, para obtener información acerca de mi experiencia en este consultorio y para proporcionar recordatorios generales de salud y otra información con respecto a mi atención médica.

Necesidades especiales de la audición:

Necesidades especiales de la visión:

Utiliza silla de ruedas:  Sí  No

Tiene trastorno del habla:  Sí  No

Tiene estatus de veterano/a:  Sí  No

Raza (seleccione una):

- Asiático/a  
 Nativo/a de Hawái  
 De otras islas de Pacífico  
 Negro/a, afroamericano/a  
 Nativo/a de América del Norte o de Alaska  
 Blanco/a  
 Más de una sola raza

Identidad étnica (seleccione una):

- Hispano/a o latino/a  
 No hispano/a o latino/a

Identidad de género:

- Masculino  
 Femenino  
 Transgénero masculino  
 Transgénero femenino  
 Otro  
 Elijo no divulgar

Orientación sexual:

- Lesbiana o gay  
 Heterosexual  
 Bisexual  
 Otra orientación sexual  
 No sé  
 Elijo no divulgar

Idioma preferido:

- Inglés  
 Español  
 Ruso  
 Lengua de signos americana  
 Otro idioma: \_\_\_\_\_

Estado civil:

- Soltero/a  
 En una relación  
 Con pareja  
 Casado/a  
 Separado/a  
 Divorciado/a  
 Viudo/a

Poblaciones especiales

- Migratorio/a  Sí  No  
 Estacional  Sí  No  
 Sin hogar  Sí  No

Estatus de vivienda (seleccione uno):

- No sin hogar  
 Viviendo en un refugio para personas sin hogar  
 Transicional  
 Compartiendo cuarto  
 Viviendo en las calles  
 Vivienda permanente de apoyo  
 Otra forma de vivienda

## INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre y apellido(s): \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Número telefónico: \_\_\_\_\_

## SI EL/LA PACIENTE ES UN/A NIÑO/A (SI TIENE MENOS 18 AÑOS)

Nombre y apellido(s) de la persona responsable: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Número telefónico: \_\_\_\_\_

**INGRESOS ANUALES ANTES DE LOS IMPUESTOS**

\_\_\_\_\_ Número de personas en el hogar: \_\_\_\_\_

Se usa la arriba citada información de los ingresos únicamente como información estadística y no se usa para determinar las necesidades financieras específicas del/la paciente.

**INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO PRIMARIO**

Compañía de seguro: \_\_\_\_\_ Nº de identidad de la póliza: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido(s) del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ El titular de la póliza es:

Parentesco del titular de la póliza con el/la paciente: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

Dirección del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO SECUNDARIO**

Compañía de seguro: \_\_\_\_\_ Nº de identidad de la póliza: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido(s) del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ El titular de la póliza es:

Parentesco del titular de la póliza con el/la paciente: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

Dirección del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

**ASIGNACION DE BENEFICIOS Y REGLAS FINANCIERAS**

Por la presente autorizo que se hagan los pagos de todos los beneficios de seguros médicos, Medicaid y/o Medicare directamente a MAHEC y les autorizo a ellos a presentar reclamos de seguro en mi nombre. También les autorizo a ellos a divulgar mi información médica y/o información de mi cuenta a mi proveedor de seguro médico, Medicaid y/o Medicare tal como sea requerido para satisfacer los reclamos. Accedo notificarles a ellos si mi cobertura cambia.

Comprendo que MAHEC:

- Espera el pago el mismo día de atención (si tiene seguro médico los co-pagos y deducibles se pagan el día de atención).
- Acepta pago en efectivo, cheques, tarjetas de débito o tarjetas de crédito principales.
- Cuenta con que presentaran los reclamos en mi nombre a Medicaid, Medicare y a todos los seguros médicos. Sin embargo, es mi responsabilidad saber los detalles de mi cobertura y proporcionar información actual y precisa a MAHEC.
- Trabajaré conmigo para establecer planes de pago.
- Proporciona servicios y tratamiento cuales son medicamento apropiados. Sin embargo, algunos de estos pueden no ser cubiertos por mi plan de seguro y será mi responsabilidad pagar por estos.
- Espera que la compañía de mi seguro médico pague dentro de un período de 90 días a partir de la fecha del rendimiento del servicio y me facturará directamente si el seguro médico no paga.
- Espera que el padre/la madre o tutor/a legal pague por todos servicios brindados a sus dependientes.
- Espera que yo mantenga mis citas y que llame con por lo menos 24 horas de anticipación para cancelar una cita. Comprendo que el no hacer esto puede resultar en que ya no se me acepte como paciente en este consultorio.

He leído y comprendo lo arriba citado.

Firma del/la paciente o de la madre/del padre o tutor/a legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

AVISO: El no firmar este acuerdo no le exime de las arriba citadas expectativas.

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO**

Consiento voluntariamente a los servicios de rutina, tratamiento(s) médico(s), procedimiento(s) diagnóstico(s) de radiología, análisis diagnóstico(s) de laboratorio, servicios de salud mental y servicios ofrecidos por trabajadores de salud profanos (por ejemplo, doula/comadrona, trabajador/a de salud de la comunidad, especialista de apoyo individual) según lo que los proveedores de atención médica quienes me atienden consideren necesarios en cualquiera de las instalaciones de MAHEC. Voluntariamente doy mi consentimiento para permitir a MAHEC buscar atención médica de emergencia de parte de un médico u hospital, si es necesario. Comprendo que los procedimientos diagnósticos pueden incluir, pero no se limitan a, estudios de laboratorio de sangre, orina y tejido, incluidas las pruebas de detección de sustancias controladas. Comprendo que los procedimientos diagnósticos de radiología incluyen, pero no se limitan a, rayos x, ultrasonido, y/o mamografía. Comprendo que la práctica de medicina no es una ciencia exacta y que el diagnóstico y tratamiento pueden causar herida o incluso la muerte. Comprendo que tengo el derecho de hacer preguntas acerca de mi tratamiento y/o mis procedimientos y que tengo el derecho de rechazar cualquier tratamiento o procedimiento. Accedo a notificar a mi profesional médico de mis preocupaciones.

Firma del/la paciente o de la madre/del padre o tutor/a legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN DE CONTACTOS ALTERNATIVOS**

Autorizo a MAHEC a conversar sobre información médica y financiera acerca de la atención y de los servicios brindados a mí con las siguientes personas:

**Contacto #1**

Nombre y apellido(s): \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Número telefónico: \_\_\_\_\_

**Contacto #2**

Nombre y apellido(s): \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Número telefónico: \_\_\_\_\_

**Contacto #3**

Nombre y apellido(s): \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Número telefónico: \_\_\_\_\_

**RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRIVACIDAD**

Se me ha dado la oportunidad de leer el aviso de normas de privacidad de MAHEC, y mis preguntas acerca de dicho aviso han sido contestadas. Comprendo que si elijo no firmar este reconocimiento, MAHEC continuará a brindarme servicios y usará y divulgará mi información de salud protegida (Protected Health Information o PHI, por sus siglas en inglés) de acuerdo con el aviso de normas de privacidad de MAHEC.

Firma del/la paciente o de la madre/del padre o tutor/a legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**FOR OFFICE USE ONLY / USO EXCLUSIVO DEL CONSULTORIO**

Primary Care Provider: \_\_\_\_\_

Copy of insurance card obtained?  Yes  No





**PROGRAMA DE DESCUENTO BASADO EN LOS INGRESOS DEL HOGAR**  
***Apoyo financiero compasivo***

¡Gracias por solicitar nuestro programa de descuento basado en los ingresos y tamaño del hogar!

Estos documentos tendrán que ser entregados antes de que su solicitud pueda ser procesada:

- Solicitud completada
- Comprobante de ingresos

Por favor devuelva todos los documentos a su asesor/a financiero/a de pacientes dentro de los 30 días después de la fecha de su primera cita.

**Family Health Centers and Internal Medicine**

**Asesor/a financiero/a**  
Teléfono: (828) 771-3507  
Fax: (828) 407-2640

Dirección postal:  
123 Hendersonville Road  
Asheville, NC 28803

**Ob/Gyn Specialists**

**Asesor/a financiero/a**  
Teléfono: (828) 771-5443  
Fax: (828) 407-2639

Dirección postal:  
119 Hendersonville Road  
Asheville, NC 28803

**Center for Psychiatry and Mental Wellness**

**Asesor/a financiero/a**  
Teléfono: (828) 771-3460  
Fax: (828) 820-8327

Dirección postal:  
125 Hendersonville Road  
Asheville, NC 28803

**Dental Health Centers**

**Asesor/a financiero/a**  
Teléfono: (828) 398-5918  
Fax: (828) 552-8691

Dirección postal:  
123 Hendersonville Road  
Asheville, NC 28803

Si tiene alguna pregunta acerca de este programa, por favor llame a su asesor/a financiero/a de pacientes a los números arriba citados.

*¡Gracias!*





**Ingresos anuales del hogar de todos los adultos quienes trabajan**

<b>Fuente</b>	<b>Usted</b>	<b>Pareja</b>	<b>Otro</b>	<b>Total</b>
Los dos últimos talones de cheque, formulario de declaración de impuestos con el anexo C si trabaja por cuenta propia, o carta del empleador				
Compensación por desempleo, compensación al trabajador (indemnización por accidentes/ enfermedades laborales), seguro social, seguridad de ingreso suplementario, asistencia pública, pagos al veterano, beneficios al sobreviviente, pensión o ingreso de jubilado				
Intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de patrimonio/herencia, fondos fiduciarios, asistencia educacional, pensión alimenticia (conyugal), manutención infantil, asistencia de parte de fuentes fuera del hogar, y otras fuentes diversas				

**NOTE BIEN: Antes de que se apruebe un descuento es necesario que proporcione copias de declaraciones de impuestos, talones de cheque, u otra información que verifique los ingresos.**

**Declaro que la arriba citada información acerca del tamaño de la familia y de los ingresos es correcta.**

**Nombre y apellido(s) (por favor en letra de molde)**

\_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

=====

**Office Use Only (exclusivamente para uso oficial)**

Approved by: \_\_\_\_\_

Date approved: \_\_\_\_\_

Family size: \_\_\_\_\_

Income: \_\_\_\_\_

Approved discount: \_\_\_\_\_

Date received signed agreement: \_\_\_\_\_

**Verification Check List**

**Yes**

**No**

Identification/Address: Driver’s license, utility bill, employment ID, or		
Income: Prior year tax return, two most recent pay stubs, or other		

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

**COMPLETAR TODAS LAS SECCIONES, FECHAR Y FIRMAR**

<b>Nombre y apellidos del/la paciente:</b> _____		<b>Fecha de nacimiento:</b> _____	
Autorizo el uso o la divulgación de la información de salud de la arriba citada persona como se describe a continuación.			
<b>Se divulga la información por:</b>		<b>Y se proporciona la información a:</b>	
NOMBRE DE LA INSTALACIÓN:		MAHEC Ob/Gyn Specialists at: <input type="checkbox"/> Biltmore <input type="checkbox"/> Franklin <input type="checkbox"/> Women's Care at Brevard	
DIRECCIÓN:		<b>119 Hendersonville Road</b>	
CIUDAD/ESTADO		<b>Asheville, NC 28803</b>	
TEL:	FAX:		
<b>El propósito o la necesidad de esta divulgación es:</b>			
<p>Comprendo que la información que se divulga puede incluir información sensible acerca de salud conductual y/o mental, drogas y alcohol (incluyendo datos sobre un programa que provee diagnóstico y tratamiento de, o referencia por abuso de alcohol o drogas, como es definido por la ley federal en Parte 2, Título 42 del Código de Regulaciones Federales (42 CFR Part 2), violación, abuso o maltrato (sexual, físico, hacia una persona mayor, conyugal, etcétera), aborto, enfermedades sexuales, tal como VIH/SIDA y otras enfermedades transmisibles y pruebas genéticas.</p> <p><b>Información a ser divulgada:</b> <i>(marque la(s) casilla(s) adecuada(s))</i></p> <p><input type="checkbox"/> Autorización estándar (anotaciones de los últimos tres años, informes de análisis de laboratorio y de radiografías, lista de medicinas, lista de alergias, registro de inmunizaciones, anotaciones de consultas.)</p> <p><input type="checkbox"/> Únicamente la información relacionada con (especifique): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Únicamente el período de eventos de: _____ hasta _____</p> <p><input type="checkbox"/> Exclusiones ___ Resultados de pruebas de VIH/SIDA, diagnóstico, tratamiento, e información relacionada          ___ Resultados de pruebas de drogas e información sobre el uso de drogas y alcohol, y los tratamientos por ello.          ___ Documentaciones de salud mental          ___ Pruebas genéticas</p> <p><input type="checkbox"/> Expediente médico completo</p> <p>Comprendo que esta autorización se vencerá 90 días después de la fecha de firma, al no ser que yo he especificado una fecha de vencimiento diferente o evento de vencimiento como se indica a continuación: _____</p> <p>Comprendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito al MAHEC Privacy Officer (oficial de privacidad de MAHEC), 121 Hendersonville Road, Asheville, NC 28803, y que esta autorización cesa de tener efecto en la fecha de notificación, excepto en la medida de las acciones ya tomadas en dependencia de ella.</p> <p>Comprendo que la información usada o divulgada por esta autorización puede estar sujeta a otras divulgaciones por parte del destinatario y posiblemente deje de estar protegida por las leyes federales o estatales.</p> <p>Comprendo que la provisión de esta autorización no será un requisito para MAHEC para brindar tratamiento o elegibilidad de atención, a excepción si tal atención es: (1) relacionada con investigación, o (2) proporcionada solamente con el propósito de crear información protegida de salud para la divulgación a un tercero.</p> <p><b>Al firmar a continuación, declaro que he leído y comprendo esta autorización.</b></p>			
<b>FIRMA DEL/LA PACIENTE</b>		<b>FECHA</b>	
<b>FIRMA DEL/LA REPRESENTANTE AUTORIZADO/A DEL/LA PACIENTE, SI CORRESPONDE</b> <i>(Declare el parentesco con el/la paciente)</i>		<b>FECHA</b>	
<b>FIRMA DEL TESTIGO, SI CORRESPONDE</b>		<b>FECHA</b>	

**USTED TIENE DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN DESPUÉS DE HABERLA FIRMADO.**