



MAHEC Formulario de registro del/la paciente

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

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

INFORMACIÓN DE PACIENTE

Nombre y apellido(s): _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección postal: _____ 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.

Raza (seleccione una):

- Asiático/a indio/a
- Chino/a
- Filipino/a
- Japonés/Japonesa
- Coreano/a
- Vietnamita
- De otro país asiático
- Nativo/a de Hawái
- De otras islas del Pacífico
- Guamaniano/a
Chamorro/a
- Samoano/a
- Negro/a
Afroamericano/a
- Nativo/a de América del Norte
Nativo/a de Alaska
- Blanco/a
- Más de una sola raza

Identidad étnica (seleccione una):

- Mexicano/a
Mexicano/a americano/a
Chicano/a
- Puertorriqueño/a
- Cubano/a
- Hispano/a
Latino/a
Español/a
- No hispano/a
No latino/a
No español/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

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

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

MRN #: _____

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.

Nombre del/la paciente o de la madre/del padre o tutor/a legal (en LETRA DE MOLDE):

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

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



| | |
|-------|-------|
| Name: | _____ |
| DOB: | _____ |
| MRN#: | _____ |

¿Con quién podemos hablar?

Este formulario le permitirá a MAHEC a **hablar** con individuos elegidos por usted de su información médica y financiera relacionada con el cuidado y los servicios que usted ha recibido. Este formulario no permite que los individuos anotados obtengan fotocopias de su información médica o financiera. **Puede anotar los nombres de hasta tres (3) individuos U optar por no anotar ningún nombre. Puede actualizar este formulario en cualquier momento.**

Persona #1

Nombre: _____

Parentesco: _____ N° de teléfono: _____

Persona #2

Nombre: _____

Parentesco: _____ N° de teléfono: _____

Persona #3

Nombre: _____

Parentesco: _____ N° de teléfono: _____

O

No quiero poner a nadie en la lista en este momento.

Firma del/de la paciente, padre, o tutor(a) legal

Fecha



PROGRAMA DE DESCUENTO BASADO EN LOS INGRESOS DEL HOGAR

Apoyo financiero compasivo

La política de MAHEC es proporcionar servicios esenciales médicos, de salud mental y de atención dental, independientemente de la capacidad de pago del/la paciente. Los descuentos se ofrecen basándose en el tamaño de la familia y los ingresos anuales. Por favor llene la información a continuación y devuelva el formulario a la recepción para determinar si usted o miembros de su familia reúnen los requisitos para un descuento.

El descuento se aplicará a todos los servicios esenciales proporcionados y facturables por MAHEC. La política de asistencia financiera de MAHEC no cubrirá los servicios realizados por organizaciones externas y equipos que sean comprados de empresas externas, incluyendo pruebas que se analizan en laboratorios externos, medicamentos e interpretación de radiografía por la consulta de un radiólogo y otros servicios similares. Este formulario debe ser completado cada 12 meses o si su situación financiera cambia.

Se puede completar la aplicación en línea usando los códigos QR abajo, o puede pedir una aplicación en forma de papel de cualquier miembro del equipo de recepción.

Se tienen que entregar estos documentos antes de que se pueda procesar su aplicación: La aplicación completada, La prueba de los ingresos

Se deben recibir las aplicaciones dentro de 30 días después de su primera cita.

Family Health Centers **Asesor/a financiero/a**

Teléfono: (828) 771-5502 | Fax: (828) 579-4208
Dirección postal:
123 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

Ob/Gyn Specialists **Asesor/a financiero/a**

Teléfono: (828) 771-5443 | Fax: (828) 407-2639
Dirección postal:
119 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

Internal Medicine **Asesor/a financiero/a**

Teléfono: (828) 771-3507 | Fax: (828) 579-3748
Dirección postal:
123 Hendersonville Rd, Asheville, NC 28803



English



Español

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