



## BIENVENIDA A NUESTRO CONSULTORIO

¡Nos complace que usted haya escogido MAHEC Women's Care at Brevard 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 en obstetricia/ginecología y cuidado primario, y enfermeras parteras de práctica avanzada. Como su proveedor de cuidado de salud, estamos comprometidos a brindarle un cuidado compasivo de la más alta calidad. Nos coordinaremos especialistas, 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 5:00 p.m.

Si usted tiene alguna preocupación, por favor llame al (828) 547-3004. 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) 547-3004 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 Women's Care at Brevard**  
87 Medical Park Drive, Brevard, NC 28712

**Phone:** 828-547-3004 | **Fax:** 828-820-8220



## **¡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.

- 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 todas las que correspondan):

#### Asiático

- Asiático Indio  
 Chino  
 Filipino  
 Japonés  
 Coreano  
 Vietnamita  
 Otras razas asiáticas

#### Nativo de Hawái/Otros islas del Pacífico

- Nativo de Hawái  
 Otros islas del Pacífico  
 Guameño/Chamorro  
 Samoano

#### Negro/Afroamericano

- Indio Americano/Nativo de Alaska  
 Blanco  
 Elijo no divulgar

### Origen étnico (seleccione todas las que correspondan):

- Mexicano/Mexicano Americano/  
 Chicano  
 Puertorriqueño  
 Cubano  
 Hispano/Latino/Español  
 No Hispanos/Latinos/Españoles  
 Elijo no divulgar

### Identidad de género:

- Masculino  
 Femenino  
 Transgénero masculino  
 Transgénero femenino  
 Otra cosa \_\_\_\_\_  
 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  
 Otra cosa: \_\_\_\_\_

### Estado civil:

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

### Pronombre preferido (ella/él/ellos/elle):

\_\_\_\_\_

### 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 medicamente 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.



