MAHEC
Women's Care
at Brevard

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

Información importante acerca de su primera cita prenatal

Ahora, sabiendo que está embarazada, es importante cuidarse bien y cuidar bien a su bebé. Su primera cita prenatal es normalmente la más larga porque su proveedor/a de cuidado de salud tiene muchas preguntas para usted y le hace varios estudios.

¿Cómo prepararse para su primera cita prenatal?

Quizás no sabrá qué esperar en su primera cita. Una buena preparación le ayudará. En esta cita su proveedor/a conversará con usted sobre su salud. Él o ella puede preguntarle sobre su historial de salud, usando un formulario y la computadora. Esto le ayuda a su proveedor/a planificar el mejor cuidado para usted y su bebé.

Prepárese para poder contarle a su proveedor/a sobre:

- La fecha de su última regla (esto le ayuda a su proveedor/a encontrar su fecha prevista del parto)
- Los ultrasonidos que ya ha tenido en este embarazo
- Sus problemas de salud, tales como diabetes, presión arterial alta o infecciones de transmisión sexual
- Sus pasados embarazos (mencione, si tuvo un parto prematuro o un aborto espontáneo)
- Sus estadías en un hospital
- Las medicinas que usted toma o sus alergias contra medicinas
- Su estilo de vida, mencione si toma alcohol, fuma o toma drogas de la calle
- Sus ejercicios u otras actividades que usted hace
- El estrés que usted siente
- La seguridad de su ambiente
- El historial de salud de su familia (hable con sus parientes consanguíneos para informarse acerca de enfermedades y padecimientos que existen en su familia)
- El historial de salud de la familia de su pareja.

Además, siga informándose sobre el historial de salud de su familia. Si se entera de una información nueva o si tiene una pregunta para su proveedor/a, anótelas. Puede hablar con su proveedor/a en su próxima cita. Estos pasos le ayudarán a tener un embarazo sano y bebé sano.

¿Cuáles otras cosas suceden en la primera cita prenatal?

En su primera cita prenatal, su proveedor/a le hace algunas pruebas con respecto a su salud y la salud de su bebé.

- Él o ella chequea su peso
- Chequea su presión arterial
- Chequea su orina por indicios de infección
- Hace algunos análisis de sangre para chequear si tiene anemia o ciertas infecciones (recomendamos la prueba de VIH, que es el virus que causa el SIDA, para todas las mujeres)
- Le receta una vitamina prenatal con 600 microgramos de ácido fólico
- Le hace un examen físico completo y le programa una cita de ultrasonido para asegurar un buen inicio de su embarazo
- Quizás le hace un frotis de Papanicolaou, para chequearla por cáncer cervical, y otras pruebas por infecciones vaginales

¡Mantenga todas sus citas prenatales, incluso si se siente bien!

La conversación sobre su salud y su examen físico se harán en privado y toda la información de salud se mantendrá confidencial. Usted recibirá información importante sobre la nutrición y también llegará a conocer a nuestra nutricionista, asesora financiera y nuestras trabajadoras sociales.

MAHEC

¡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!

Mountain Area Health Education Center
www.mahec.net

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.
- Trabajará 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 compaña 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.

MRN #: _____

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 and Internal Medicine
Asesor/a financiero/a
Teléfono: (828) 771-3507 | Fax: (828) 407-2640
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

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.

¡Gracias!

MRN: _____

INCOMING TO MAHEC

MAHEC
Centralized Medical Records Department

121 Hendersonville Road, Asheville, NC 28803 | Business Office Phone: (828) 771-5489 | Fax: (828) 407-2637

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

COMPLETAR TODAS LAS SECCIONES, FECHAR Y FIRMAR

Nombre y apellidos del/la paciente:_____ Fecha de nacimiento:_____

Autorizo el uso o la divulgación de la información de salud de la arriba citada persona como se describe a continuación.

Se divulga la información por:	**Y se proporciona la información a:**
NOMBRE DE LA INSTALACIÓN:	**Departamento centralizado de registros médicos de MAHEC** ☐ **Salud de familia** ☐ **Obstetricia/Ginecología** ☐ **Dental** ☐ **Farmacia de la Comunidad** ☐ **Medicina interna** ☐ **Psiquiatría**
DIRECCIÓN:	**123 Hendersonville Road**
CIUDAD/ESTADO TEL: FAX:	**Asheville, NC 28803**

El propósito o la necesidad de esta divulgación es:

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.

Información a ser divulgada: *(marque la(s) casilla(s) adecuada(s))*

Información a ser divulgada: *(marque la(s) casilla(s) adecuada(s))*

- ☐ 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.)
- ☐ Únicamente la información relacionada con (especifique):_____
- ☐ Únicamente el período de eventos de: _____hasta_____
- ☐ 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
- ☐ Expediente médico completo

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:_____

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.

Comprendo que la información usada o divulgada por esta autorización puede estar sujeta a otras divulgaciones por parte del destinario y posiblemente deje de estar protegida por las leyes federales o estatales.

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.

Al firmar a continuación, declaro que he leído y comprendo esta autorización.

FIRMA DEL/LA PACIENTE	**FECHA**
FIRMA DEL/LA REPRESENTANTE AUTORIZADO/A DEL/LA PACIENTE, SI CORRESPONDE ***(Declare el parentesco con el/la paciente)***	**FECHA**
FIRMA DEL TESTIGO, SI CORRESPONDE	**FECHA**

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