



¡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.

INFORMACIÓN DE PACIENTE

Nombre legal: _____

Nombre de preferencia: _____ Fecha de nacimiento: _____

Pronombre: ☐ ella ☐ él ☐ ellos/elle ☐ otra Género al nacer: ☐ Masculino ☐ Femenino

Dirección postal: _____

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/Espanoles
- ☐ 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 para su cita:

- ☐ 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
- ☐ Elijo no divulgar

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 _____
- ☐ Elijo no divulgar

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: _____

ESTADO DEL PACIENTE DESPUÉS DE UNA AUSENCIA DE TRES AÑOS**Servicios médicos o de salud mental**

Entiendo que, si no recibo servicios médicos o de salud mental de un proveedor de MAHEC por más de tres (3) años, se me considerará un paciente no establecido para los servicios médicos o de salud mental. Esto significa que deberé restablecerme como paciente si quiero volver a recibir atención médica de un proveedor de MAHEC. Además, significa que MAHEC no aceptará ni conservará historias clínicas que envíen otros proveedores de atención médica y no conservará ni agregará información sobre mí en mi historia clínica después de mis tres (3) años de ausencia.

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.

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: NOMBRE DE LA INSTALACIÓN: _____	Y se proporciona la información a: 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: <i>(marque la(s) casilla(s) adecuada(s))</i> Información a ser divulgada: <i>(marque la(s) casilla(s) adecuada(s))</i> ☐ 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 destinatario 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 <i>(Declare el parentesco con el/la paciente)</i>	FECHA
FIRMA DEL TESTIGO, SI CORRESPONDE	FECHA

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