

## PATIENT REGISTRATION FORM FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

Date/Fecha:		Reason for Visit/Razón de la vista:					
LAST NAME APELLIDO			FIRST NAME PRIMER NOMBRE			MIDDLE NAME SEGUNDO NOMBRE	
SOCIAL SECURITY # N.º DE SEGURO SOCIAL		SEX/SEXO <input type="checkbox"/> Male/M <input type="checkbox"/> Female/F		IDENTIFY MYSELF AS/ME IDENTIFICO COMO: <input type="checkbox"/> Male/Hombre <input type="checkbox"/> Female/Mujer <input type="checkbox"/> Other/Otro: _____		BIRTH DATE (mm/dd/yyyy) FECHA DE NACIMIENTO (mm/de/aaaa)	
MAILING ADDRESS DIRECCIÓN POSTAL			CITY CIUDAD			STATE ESTADO	
HOME PHONE TELÉFONO DEL HOGAR		WORK PHONE TELÉFONO DEL TRABAJO		MOBILE PHONE CELULAR		E-MAIL ADDRESS CORREO ELECTRÓNICO	
MARITAL STATUS/ESTADO CIVIL M S D W <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V		INTERPRETER NEEDED? ¿NECESITA INTÉRPRETE? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No/No		PREFERRED LANGUAGE IDIOMA PREFERIDO		RACE/RAZA Black White Asian Other <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Otra	
RELIGION RELIGIÓN		COMMUNICATION PREFERENCE/PREFERENCIA DE COMUNICACIÓN Mail Phone Email Patient Portal <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Tel. <input type="checkbox"/> Correo elec. <input type="checkbox"/> Portal del paciente			ETHNICITY/ETNICIDAD Hispanic Non-Hispanic <input type="checkbox"/> Hispánico <input type="checkbox"/> No hispánico		
PRIMARY CARE PHYSICIAN PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA							
<b>EMPLOYER INFORMATION/INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR</b>							
PATIENT'S EMPLOYER EMPLEADOR DEL PACIENTE			OCCUPATION PUESTO DE TRABAJO			WORK PHONE TELÉFONO DEL TRABAJO	
BUSINESS ADDRESS DIRECCIÓN DEL NEGOCIO			CITY CIUDAD			STATE ESTADO	
						ZIP CÓDIGO POSTAL	
<b>EMERGENCY CONTACT INFORMATION/INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA</b>							
NAME NOMBRE		RELATIONSHIP PARENTESCO		HOME PHONE TELÉFONO DEL HOGAR		WORK PHONE TELÉFONO DEL TRABAJO	
						MOBILE PHONE CELULAR	
<b>GUARANTOR INFORMATION (IF PATIENT IS UNDER 18 YEARS OLD) INFORMACIÓN DEL FIADOR (SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD)</b>							
GUARANTOR'S NAME NOMBRE DEL FIADOR				RELATIONSHIP PARENTESCO		SOCIAL SECURITY # N.º DE SEGURO SOCIAL	
ADDRESS (IF DIFFERENT FROM ABOVE) DIRECCIÓN (SI ES DIFERENTE DE LA DE ARRIBA)					DATE OF BIRTH FECHA DE NACIMIENTO		SEX SEXO
EMPLOYER EMPLEADOR			HOME PHONE TELÉFONO DEL HOGAR		WORK PHONE TELÉFONO DEL TRABAJO		MOBILE PHONE CELULAR
EMPLOYER'S ADDRESS DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR		CITY CIUDAD	STATE ESTADO	ZIP CÓDIGO POSTAL	NAME OF ADULT PRESENTING MINOR FOR TREATMENT NOMBRE DEL ADULTO QUE PRESENTA EL MENOR PARA EL TRATAMIENTO		RELATIONSHIP PARENTESCO
<b>INSURANCE INFORMATION/INFORMACIÓN DEL SEGURO</b>							
INSURANCE COMPANY (PAYOR) COMPAÑÍA DE SEGURO (PAGADOR)		SUBSCRIBER NAME NOMBRE DEL SUSCRITOR	DATE OF BIRTH FECHA DE NACIMIENTO	SOCIAL SECURITY # N.º DE SEGURO SOCIAL	SUBSCRIBER ID IDENTIFICACIÓN DEL SUSCRITOR	GROUP ID IDENTIFICACIÓN DE GRUPO	PATIENT RELATIONSHIP TO SUBSCRIBER PARENTESCO DEL PACIENTE CON EL SUSCRITOR
SECONDARY INSURANCE (PAYOR) SEGUNDO SEGURO (PAGADOR)		SUBSCRIBER NAME NOMBRE DEL SUSCRITOR	DATE OF BIRTH FECHA DE NACIMIENTO	SOCIAL SECURITY # N.º DE SEGURO SOCIAL	SUBSCRIBER ID IDENTIFICACIÓN DEL SUSCRITOR	GROUP ID IDENTIFICACIÓN DE GRUPO	PATIENT RELATIONSHIP TO SUBSCRIBER PARENTESCO DEL PACIENTE CON EL SUSCRITOR
<b>INJURY/ACCIDENT INFORMATION (IF APPLICABLE)/INFORMACIÓN SOBRE LA LESIÓN/ACCIDENTE (SI ES PERTINENTE)</b>							
<input type="checkbox"/> Auto/MVC/Auto/Colisión automovilística <input type="checkbox"/> Worker's Comp/Compensación de trabajadores <input type="checkbox"/> Other Accident/Otro accidente:							
DATE FECHA		TIME HORA		PLACE LUGAR		NATURE TIPO	
Who may we thank for referring you to our office? ¿A quién podemos agradecer por remitirle a nuestra oficina?							
How did you hear about our office? ¿Cómo se enteró sobre nuestra oficina?							
<b>PLEASE GIVE THE RECEPTIONIST YOUR INSURANCE CARD(S) AND DRIVER'S LICENSE. SÍRVASE DARLE A LA RECEPCIONISTA SU TARJETA(S) DE SEGURO Y SU LICENCIA DE CONDUCIR</b>							

**ACUERDO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS**

PÁGINA 1 DE 2

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Historia Médica #** \_\_\_\_\_

Mi médico y yo tenemos un objetivo de tratamiento común para mejorar mi capacidad para funcionar y / o trabajar. En consideración a ese objetivo, estoy siendo tratado con medicamentos como (narcóticos, sedantes, relajantes musculares, estimulantes y / o barbitúricos). Estos medicamentos pueden afectar mi estado de alerta, reflejos, coordinación y juicio. El uso de muchos de estos tipos de medicamentos está controlado y monitoreado por agencias locales, estatales y federales. Estos medicamentos pueden ser altamente efectivos cuando se toman según las indicaciones bajo supervisión médica, pero tienen el potencial de abuso y mal uso.

Me informaron que puede haber dependencia psicológica, dependencia física y adicción a las sustancias controladas. Si esto sucede, seguiré las indicaciones de mi médico y participaré en los programas de tratamiento recomendados; que podría incluir la referencia a un programa o instalaciones para tratamiento de abuso de sustancias, asesoramiento psicológico y / o tratamiento médico.

Acepto ser sincero con todos mis médicos con relación a mi historial, enfermedad y uso de medicamentos.

Nunca me han diagnosticado ni tratado un problema de abuso de sustancias. Si esta no es una declaración verdadera, por favor explique:

Nunca he estado involucrado en la venta ilegal, posesión o transporte de sustancias controladas.

Entiendo que la entrega o venta de mi medicamento recetado a cualquier otra persona es ilegal y puede dar lugar a que me despidan de esta institución médica, así como también a ser reportado a una organización de cumplimiento de la ley.

Entiendo que no debo consumir alcohol con este tipo de medicamentos.

Asumo plena responsabilidad por las consecuencias de conducir un vehículo motorizado, operar maquinaria o realizar cualquier otra actividad en la que se requiera estado de alerta, reflejos, coordinación y / o juicio.

**Estoy de acuerdo en cumplir con las siguientes condiciones:**

- a. Seguiré el plan de tratamiento que mi médico y yo acordamos.
- b. Informaré a mi médico de inmediato cualquier sospecha de efectos secundarios.
- c. Entiendo que mi médico no está obligado o que ni él / ella ordenarán automáticamente las recetas de los medicamentos controlados que he estado recibiendo de otro médico.
- d. No solicitaré ni aceptaré medicamentos o recetas médicas de sustancias controladas no aceptadas de parte de ningún otro individuo o médico mientras esté recibiendo tal medicamento en esta oficina médica. Esto no solo es ilegal, sino que podría poner en peligro mi salud. La única excepción a esto sería si estuviera hospitalizado.
- e. Tomaré los medicamentos según las indicaciones. Si termino mis medicamentos antes del tiempo recetado, entiendo que no se volverán a ordenar hasta que llegue el momento programado para que se puedan surtir.
- f. Traeré la porción no utilizada de mis medicamentos a la oficina para ser contados si así lo solicita mi médico.
- g. En el caso de que mi receta deba cambiarse a otra, entiendo que se me puede pedir que devuelva la porción restante de la receta anterior para ser desechada.
- h. Entiendo que la dosis de mi medicación puede necesitar aumentarse o disminuirse dependiendo de mi condición. No seré quien ajuste mi medicación y entiendo que si necesito más medicamentos debido a un empeoramiento de mi condición, debo ver a mi médico para ser reevaluado antes de que se me aumente la medicación.
- i. Entiendo que dejar de tomar medicamentos abruptamente puede ser peligroso y provocar síntomas de abstinencia. Si los medicamentos necesitan suspenderse, seguiré la supervisión de mi médico.

...CONTINÚA EN LA PÁGINA 2

**ACUERDO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS**

PÁGINA 2 DE 2

- j. Entiendo que si el resultado de mi prueba de detección de drogas revela alguno o todos de los siguientes:**
- i. la presencia de sustancias controladas no prescritas,**
  - ii. la ausencia de sustancias controladas prescritas,**
  - iii. la presencia de drogas consideradas ilegales en el estado de Georgia para el tratamiento de su afección dolorosa. (ESTO ACTUALMENTE INCLUYE LA MARIHUANA)**
- puedo ser descalificado para seguir recibiendo tratamiento con opioides recetados (es decir, narcóticos) por parte de mi médico actual de NGPG.**
- k. Entiendo que las reglas emitidas por la Junta de Examinadores Médicos del Estado de Georgia pueden requerir que vea a mi médico que prescribe al menos cada 3 meses, o con mayor frecuencia si así lo exige el médico tratante, para evaluar mi afección y cumplir con el régimen de tratamiento de sustancias controladas. Si no puedo regresar a la oficina durante el período de 90 días debido a una dificultad grave, entonces acepto proporcionar documentación escrita de la dificultad.**
- l. Autorizo a mi médico y a mi farmacia a cooperar totalmente con cualquier agencia de cumplimiento de la ley de la ciudad, estatal o federal, incluida la junta de farmacia, en la investigación de cualquier posible uso indebido, venta u otra desviación de mis medicamentos controlados. Autorizo a mi médico a proporcionar una copia de este Acuerdo a mi farmacia. También autorizo a mi farmacia a proporcionar registros que documenten las recetas que he recibido a mi médico si así lo solicita.**
- Acepto renunciar a cualquier privilegio aplicable o derecho de privacidad o confidencialidad con respecto a estas autorizaciones.
- m. Entiendo que soy responsable de mis medicamentos. Si mis medicamentos o mi receta se pierden, extravían, son robados o desaparecen por algún motivo, no serán reemplazados hasta la fecha programada para ser surtidos.**
- n. Soy responsable de hacer seguimiento de la cantidad de mi medicamento y planificaré con anticipación para surtirlos de manera oportuna, para no quedarme sin medicamentos. Entiendo que estos tipos de medicamentos solo serán resurtidos durante las horas hábiles por mi médico. Estos medicamentos no serán surtidos por otros médicos en la oficina, por teléfono, fuera de horario, fines de semana o días festivos.**
- o. Para mujeres: No estoy embarazada y estoy de acuerdo en utilizar anticonceptivos todo el tiempo mientras tomo este tipo de medicamentos. Estoy de acuerdo en notificar inmediatamente a mi médico si quedara embarazada. Acepto el riesgo para mi bebé y para mí si debo usar estos medicamentos durante el embarazo.**

Mi firma a continuación significa que he leído y entiendo los términos de este acuerdo y he tenido respuestas a mis preguntas a mi entera satisfacción. Entiendo que si violo este acuerdo, mis recetas de sustancias controladas y / o tratamiento por parte de este proveedor, pueden terminar de inmediato. Además, entiendo que la violación de este acuerdo es: motivo de despido del grup médico.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del paciente: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_ Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_

Estimado Paciente,

Bienvenido al Northeast Georgia Physicians Group (NGPG). NGPG es un afiliado del Northeast Georgia Health System y Northeast Georgia Medical Center, (NGMC). NGMC es el único hospital en Georgia que fue nombrado como uno de **Los 50 mejores hospitales de los Estados Unidos™**, una designación de Healthgrades basada en la calidad clínica. La designación representa que estamos entre el 1% superior de los mejores hospitales en el país por proporcionar la excelencia clínica general en un amplio espectro de condiciones y procedimientos de manera consistente durante al menos seis años consecutivos. Como paciente de NGPG, usted tendrá acceso a uno de los mejores sistemas de salud de la nación, incluidos los mejores especialistas y servicios auxiliares. Nuestros servicios de Atención Primaria incluyen cuidados preventivos, administración efectiva y tratamiento de condiciones crónicas y agudas, herramientas para ayudarlo a tomar decisiones sobre sus opciones de atención médica y coordinación de todos los aspectos de su cuidado, incluyendo referencias a especialistas en caso de que surgiese ésta necesidad.

Nuestros proveedores de atención primaria practican el modelo de *atención médica centrada en el paciente* que lo coloca a usted, el paciente, a la vanguardia de la atención y se esfuerza por establecer mejores relaciones entre las personas y sus equipos de atención clínica. Favor de consultar la información adicional sobre este modelo de atención que le hemos proporcionado en este paquete. Por favor háganos saber el proveedor que elija como su médico de atención primaria. Haremos todo lo posible para asegurarnos de que sus elecciones sean respetadas para sus citas. Si alguna vez necesita o quiere cambiar de proveedor, simplemente avísenos y con gusto le ayudaremos con ese proceso. Nuestra pasión es la medicina de atención primaria ya que se enfoca en prevenir una enfermedad como una opción más saludable que tratar de superar una enfermedad. Esto respalda nuestra creencia de que somos su socio en su bienestar como un ser humano en su totalidad: cuerpo, mente y espíritu. Ofrecemos herramientas y recursos para ayudarlo a aprender sobre la salud. Si tiene una condición crónica de largo plazo que necesita ser tratada, podemos ayudarlo a encontrar apoyo entre compañeros, clases grupales y herramientas de autogestión. Cada clínica tiene una Guía de Recursos Comunitarios disponible para su uso. Usted también puede acceder a la guía en línea en:

<http://www.nghs.com/community-resource-guide>.

¡No se sorprenda si también hablamos con usted sobre su salud bucal! Los problemas en la boca pueden afectar el resto de su cuerpo, y sabemos que ciertos medicamentos (como descongestionantes, antihistamínicos, analgésicos, diuréticos y antidepresivos) pueden reducir el flujo de saliva. La saliva es importante para neutralizar los ácidos producidos por las bacterias en la boca, lo que ayuda a protegerlo de demasiadas bacterias que pueden fomentar enfermedades. Las bacterias orales y la inflamación de las encías pueden desempeñar un papel en algunas enfermedades (como la endocarditis, las enfermedades cardiovasculares, el nacimiento prematuro). Si tiene diabetes, VIH o SIDA, estas enfermedades pueden disminuir la capacidad de su cuerpo para resistir infecciones, empeorando los problemas de salud bucal. Asegúrese de compartir sus preocupaciones sobre su salud oral con su proveedor. Puede encontrar más recursos en:

<https://www.my-emmi.com/SelfReg/NGHS>.

La capacidad de escuchar cuidadosamente está en el corazón de todo lo que hacemos. Consideramos un privilegio conocerlo a usted y a su familia. Comprender cómo su historial médico afecta su salud nos ayuda a diseñar un plan de tratamiento específicamente para usted. También puede contar con nosotros para recomendar especialistas, cuando sea necesario, y para interceder por la mejor atención, de alta calidad y rentable. Donde la haya, seguimos pautas basadas en la evidencia para garantizar que obtenga la atención respaldada por la investigación actual y así obtener los mejores resultados de salud.

Gracias por permitirnos participar en su atención médica. Favor de informarnos si en algún momento siente que podríamos haberlo hecho mejor.

*Su equipo de atención médica*

## Preguntas frecuentes

### 1. ¿Cuáles son las horas de oficina?

Nuestro horario usual en la atención primaria es de Lunes a Viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. En caso necesario, hay horarios extendidos fuera del horario regular de oficina e incluso están disponibles algunas citas los sábados. Estas horas varían de práctica a práctica. Puede encontrar las horas de oficina de cada práctica en [www.ngpg.org](http://www.ngpg.org).

En caso de una emergencia cuando la oficina está cerrada, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Si necesita algo con urgencia, puede llamar al número de teléfono de la oficina y elegir ser transferido al servicio de contestador. El servicio de contestador puede contactar al médico de guardia por usted.

### 2. ¿Cómo me recordarán las citas?

Usamos un sistema de recordatorio automático que puede llamar a un número que usted nos dé aproximadamente 48 horas antes de su cita programada. O si lo prefiere, puede recibir un mensaje de texto. Comprendemos que pueden surgir situaciones fuera de su control que le impidan cumplir con su cita. Le pedimos que nos informe al menos 24 horas antes, si no puede asistir a su cita. Si puede proporcionar este aviso, nos ayuda a seguir administrando la clínica de manera eficiente y a programar a otros que están en necesidad y que están esperando que se abra una vacante. Si no nos informa que no puede atender una cita, y esto sucede 3 veces en un período de 3 meses, es posible que no podamos seguir atendiéndole.

### 3. ¿Cuáles planes de seguros médicos aceptan?

Tenemos acuerdos con la mayoría de los planes de salud principales. Por favor revise su folleto de beneficios o contacte a su aseguradora para confirmar que nuestros proveedores estén incluidos en la cobertura de su red y para determinar exactamente todos sus beneficios. Como parte de nuestro acuerdo con las compañías de seguros, debemos cobrar todos los co-pagos al momento de brindarle el servicio. Por favor, prepárese para pagarlos al momento de registrarse.

### 4. ¿Qué sucede si no tengo seguro médico?

Si no tiene seguro médico, con gusto le atenderemos. Ofrecemos un descuento a los pacientes no asegurados en aquellos servicios que normalmente se facturarían a una compañía de seguros. Para calificar para este descuento, requerimos un mínimo de \$ 75.00 a pagar al momento de registrarse. Este pago se aplicará a cualquier cargo por su visita. Si no puede hacer el pago mínimo al registrarse, se le pedirá reprogramar su cita a menos que tenga una necesidad urgente de ser atendido. Si necesita asistencia financiera, puede aplicar a nuestro Programa de Atención de Caridad llenando una solicitud de asistencia financiera. Los descuentos de caridad se basan en su capacidad de pago y las tarifas con descuento de hasta el 100% están disponibles cuando está justificado. No dude en solicitar a nuestro personal más detalles sobre nuestro Programa de Atención de Caridad.

### 5. ¿Cómo me notificarán los resultados de mis exámenes?

Si en nuestras oficinas le han ordenado exámenes o extracción de sangre, lo contactaremos con los resultados tan pronto como los recibamos. Si sus resultados son normales, nuestro personal de la oficina le avisará dentro de 10 días hábiles. Si sus resultados son anormales, lo contactaremos lo más pronto posible. Es muy importante que tengamos su más reciente "mejor" número de teléfono o información de contacto. **Si desea obtener los resultados de su examen electrónicamente, puede acceder al portal para pacientes, My Chart.**

**6. ¿Cómo conseguiré resurtir mis medicamentos?**

Verifique que suministro de sus medicamentos necesita antes de las visitas a su consultorio, de modo que nos encarguemos de todas sus solicitudes de resurtido durante su visita. Si se requiere un resurtido antes de su visita, ***llame a su farmacia*** y pida que nos envíen una solicitud. Las solicitudes de resurtido de medicamento solo se realizarán durante el horario normal de oficina y requerirán un tiempo de respuesta de 48 horas.

Si necesita llamar a nuestra oficina, tenga a la mano la siguiente información: 1) nombre del paciente y fecha de nacimiento; 2) nombre y cantidad de la receta; y 3) nombre de la farmacia y número de teléfono.

Consulte con la farmacia después de las 48 horas; ***no vuelva a llamar a nuestra oficina***. Le devolveremos la llamada si hay algún problema para volver a llenar su solicitud.

Es importante que tengamos una lista completa de todos los medicamentos que está tomando. Por favor traiga sus medicamentos con usted en su primera visita. En cada visita, le proporcionaremos una lista actualizada de medicamentos para su revisión. Nuestro personal de recepción le pedirá que confirme su dirección e información de seguro en cada visita. Esto nos ayuda a garantizar que tengamos su información correcta en el archivo y nos permite volver a surtir las recetas de manera oportuna.

**7. ¿Cómo puedo dar retroalimentación o hacer sugerencias a la práctica?**

Estamos muy interesados en conocer sus experiencias durante el tiempo que está con nosotros. Las encuestas de satisfacción del paciente se enviarán a su correo electrónico. Realmente valoramos estos importantes comentarios y esperamos que llene estas encuestas.

**8. ¿Cómo puedo obtener formularios llenados por mi proveedor?**

Tenga en cuenta que muchos formularios que necesitan llenarse requieren una visita a la oficina. Hay una tarifa por cualquier formulario llenado, incluida FMLA (Family Medical Leave Act) (Ley de Licencia Familiar Médica). Este monto es por cada formulario y se puede cobrar en el momento en que se envía el formulario. Si el formulario no requiere una visita a la oficina, espere entre 5 y 7 días hábiles para llenar formularios, autorizaciones previas o cartas. Nunca le cobraremos por obtener autorizaciones previas.

**9. ¿Cómo manejan mi información de salud personal y privada?**

Sus registros médicos son estrictamente confidenciales. La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del seguro Médico (HIPAA) nos impide divulgar información sin su permiso por escrito. Sostenemos que su privacidad es sagrada. Nunca divulgaremos información a ninguna persona a la que no haya aprobado previamente en nuestro formulario de Consentimiento de HIPAA, a menos que así lo exija la ley.

**Lea nuestra política de pagos a continuación y escriba sus iniciales cuando sea necesario.  
Sus iniciales nos dicen que acepta cumplir con estas partes de la política.**

**Política de pago**

\_\_\_\_\_ Inicial

1. De acuerdo con la nueva ley federal, le pediremos una identificación con foto y un comprobante de seguro médico *en cada visita*. También podemos tomarle su fotografía la primera vez que visita nuestra oficina.
2. No es factible que nuestro personal tenga plena conciencia de los requisitos específicos de cada plan de seguro de salud o coberturas. Haremos todo lo que podamos para ayudarlo; sin embargo, es su responsabilidad verificar que NGPG esté incluido como proveedor dentro de la cobertura de su plan de seguro y saber qué es lo que cubre y qué es lo que no cubre dicho plan.
3. Es su responsabilidad conocer qué limitaciones puede tener su plan de seguro sobre la cantidad de veces que se le puede ver en la oficina, tener tratamientos realizados, cuándo se requieren referidos a especialistas para recibir atención, o recibir otros tipos de atención médica.
4. Usted será responsable de pagar cualquier gasto en el que incurra con nosotros que no sea pagado por su seguro de salud según nuestros acuerdos existentes. Le enviaremos una factura a su plan de seguro como cortesía para usted.
5. Si no tiene seguro médico, con gusto le atenderemos. Ofrecemos un descuento a los pacientes no asegurados en aquellos servicios que normalmente se facturarían a una compañía de seguros. Para calificar para este descuento, requerimos un mínimo de \$ 75.00 a pagar al momento de registrarse. Este pago se aplicará a cualquier cargo por su visita. Si no puede hacer el pago mínimo al registrarse, se le pedirá reprogramar su cita a menos que tenga una necesidad urgente de ser atendido.
6. Continuaremos proporcionándole atención mientras pague los saldos pendientes adeudados. Tendrá que pagar en su totalidad los cargos en los que incurra en el momento del servicio mientras paga los saldos pendientes. Se puede hacer una excepción si su proveedor determina que su visita se necesita con urgencia. Si no puede pagar por completo en el momento del servicio, pregunte sobre nuestras opciones de pago.
7. Usamos una agencia de cobro para las cuentas que no hacen un esfuerzo de buena fe para pagar los servicios médicos que brindamos.

**Política de reabastecimiento de recetas**

\_\_\_\_\_ Inicial

Espere 48 horas para todos los resurtidos de recetas. Para acelerar el proceso, solicite a su farmacia que envíe una solicitud de reabastecimiento a la clínica.

**Política de registros médicos**

\_\_\_\_\_ inicial

Nos complace proporcionarle una copia de sus registros médicos. Primero debe darnos una liberación de información firmada y debidamente verificada para las copias proporcionadas por correo electrónico, CD o en papel. Se puede asociar un costo dependiendo del número de páginas solicitadas.

**Cambios en su información personal**

\_\_\_\_\_ inicial

Usted es responsable de informarnos sobre cualquier cambio en su nombre, dirección, número de teléfono, dirección de correo electrónico o cobertura de seguro médico. Si no lo hace, puede afectar su cobertura de seguro y / o nuestra capacidad de brindarle información importante sobre su salud.

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del representante legal/padre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



# La NCQA ha sido reconocida como Hogar Médico Centrado en el Paciente

NCQA es una organización privada, sin fines de lucro, dedicada a mejorar la calidad de la atención médica que certifica una amplia gama de organizaciones de atención médica. La mayoría de nuestras clínicas de atención primaria son reconocidas por NCQA como un hogar médico centrado en el paciente. Nuestras oficinas que se han unido recientemente a NGPG estarán aplicando pronto.

¿Qué significa para usted tener un hogar médico centrado en el paciente como su lugar para recibir servicios de atención primaria de salud? El hogar médico centrado en el paciente es un modelo de atención que enfatiza la coordinación y la comunicación del cuidado para transformar la atención primaria en “lo que los pacientes quieren que sea”.

Los pacientes en hogares médicos reciben la atención adecuada, en la cantidad correcta, en el momento adecuado. Este modelo de cuidado más moderno:

- conduce a una atención mejor y más segura,
- empodera a los pacientes, y
- renueva la relación paciente-proveedor.

La investigación confirma que los hogares médicos pueden conducir a una mayor calidad y menores costos, y puede mejorar las experiencias de atención de los pacientes y proveedores.

*Vea el otro lado de esta página por lo que estamos comprometidos a ofrecerle para ser reconocido como su hogar médico centrado en el paciente.*

*Mejorando la salud de nuestra comunidad en todo lo que hacemos.*



Northeast Georgia  
PHYSICIANS GROUP

*Improving the health of our community in all we do.*



# Las prácticas deben cumplir con los elementos requeridos en cada uno de estos 6 estándares

- **Acceso centrado en el paciente**
  - Acomodar las necesidades de los pacientes durante y fuera del horario de atención, proporcionar información médica en el hogar y ofrecer atención basada en equipo
- **Medición del rendimiento y mejora de la calidad**
  - Usar datos de experiencia y desempeño para la mejora continua
- **Gestión de salud de la población**
  - Recopilar y utilizar datos para la gestión de la población
- **Soporte y gestión de la atención:**
  - Utilizar guías basadas en la evidencia para la atención aguda, crónica y gestión preventiva
- **Coordinación de cuidado y transiciones de cuidado**
  - Seguimiento y coordinación de pruebas, derivaciones y transiciones de atención
- **Cuidado basado en el equipo**
  - Involucrar a todos los miembros del equipo de práctica al proporcionar información sobre su hogar médico, satisfacer las necesidades culturales y lingüísticas de los pacientes y ofrecer atención basada en equipo



Northeast Georgia  
PHYSICIANS GROUP

*Improving the health of our community in all we do.*

## Compacto del paciente del hogar médico centrado en el paciente

Un hogar médico centrado en el paciente es una asociación de confianza entre un equipo de atención médica dirigido por un médico y un paciente informado. Incluye un acuerdo entre el proveedor de atención médica y el paciente que reconoce el papel de cada uno en el programa de atención total.

### Como su proveedor de atención médica, me comprometo a:

- Incluirlo como miembro del equipo de atención médica e incluir a su familia o representante, cuando usted lo prefiera
- Aprender sobre usted, su familia, su situación de vida y sus metas de salud, y tratarlo con respeto, honestidad y compasión
- Comunicarle abiertamente sobre los beneficios y riesgos de cualquier tratamiento y ayudarlo a comprender sus condiciones y todas sus opciones de tratamiento
- Conectarlo con otros miembros de su equipo de atención médica, incluidos especialistas y educadores, y coordinar su atención con ellos
- Escucharlo, responder a sus preguntas de una manera que pueda entender y ayudarlo a tomar las mejores decisiones para su cuidado
- Estar disponible fuera de horario para necesidades urgentes a través mío, mis socios que comparten llamadas telefónicas conmigo y nuestras oficinas de Atención Urgente
- Ser receptivo y oportuno en la atención e información, como los resultados de las pruebas
- Mantenerme al más alto estándar de calidad y seguridad, y mantener a mi personal al mismo nivel
- Respetar siempre su derecho a la privacidad sobre su información médica, y proporcionarle esa información a su petición

### Como paciente, me comprometo a:

- Ser un miembro activo de mi equipo de atención médica y hacerle saber a mi equipo si tengo familiares, amigos o un representante para ayudarme
- Tratar a mi equipo de atención médica con respeto, consideración y honestidad
- Aprender todo lo que pueda sobre mi condición médica de fuentes confiables y lo que puedo hacer para mantenerme lo más saludable posible
- Decirle a mi equipo de atención médica si algo sobre mi salud cambia o si estoy viendo otro proveedor de cuidado de la salud
- Entender mis condiciones de salud, hacer preguntas sobre mi cuidado y decirle a mi equipo de atención médica si no entiendo algo
- Venir a cada visita con conocimiento de mis medicamentos y una actualización de cualquier cambio de mis medicinas
- Seguir el plan que acordamos es lo mejor para mi salud y tomar mis medicamentos según lo ordenado
- Comunicarme con mi equipo de atención médica fuera del horario laboral solo si mi problema no puede esperar hasta el próximo día laboral
- Mantener mi información de contacto actualizada para el caso de que se necesite que me contacten por necesidades relacionadas con mi cuidado

## CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIONES ANUALES

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Consentimiento para tratamiento:

- Por este medio se autoriza cualquier procedimiento médico o quirúrgico, radiografía, prueba de drogas o de análisis clínicos, medicamento o examen que el médico, el auxiliar médico (physician assistant), la enfermera practicante (nurse practitioner) o la enfermera partera pudiera considerar necesario.
- Entiendo que tengo el derecho a ver a un médico si así lo decido, y que tengo el derecho a ver a un médico antes de que un profesional clínico con formación superior implemente la orden para un dispositivo o medicamento de dispensación con receta.
- En el caso de un menor de edad no emancipado, el consentimiento a continuación se da en su nombre.

### Consentimiento para divulgar información médica a un cónyuge, miembro de la familia o pareja:

Díganos con quién podemos dialogar sobre su información médica protegida:

(Nombre y relación o parentesco - por ejemplo: Juana Pérez, esposa; Ana Pérez, hija)

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_

- *Si usted no autoriza que se divulgue información a nadie, haga favor de marcar esta declaración.*

**No autorizo la divulgación de ninguna información a nadie que no sea yo.**

**Por este medio, autorizo que se dejen mensajes en un sistema de buzón de voz o contestadora. Por favor, indique el (los) número(s) al(los) que el personal de NGPG puede llamar para dejarle un mensaje:**

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_

- *Para la divulgación de información de expedientes médicos, consulte el formulario C-45.*

### Responsabilidad financiera:

Entiendo que cada paciente es responsable de que se haga el pago de los servicios médicos recibidos en esta oficina. Por este medio autorizo que cualquier beneficio del seguro se pague directamente al Northeast Georgia Physicians Group, y reconozco mi responsabilidad de pagar todos los servicios no cubiertos. Asimismo, autorizo la divulgación de toda información necesaria para procesar una reclamación del seguro. Los cargos para todos los menores de edad son la responsabilidad de los padres, los tutores o la persona que presente al niño para tratamiento.

Por este medio autorizo al Northeast Georgia Physicians Group, o a cualquiera de sus filiales, agentes, contratistas o socios comerciales, para que me contacten (por medio de cualquier número telefónico, dirección de correo electrónico u otro punto de contacto que yo o alguien más haya proporcionado en mi nombre) por medio de un sistema de llamadas automáticas, por formas pregrabadas de sistemas de voz o de mensajes, por correo electrónico que sea propiedad de, o usado por, el garante o parte responsable, por mensajes de texto, por teléfono o por teléfono celular, por motivos relacionados con los servicios que recibí en el Northeast Georgia Physicians Group o por el pago de los servicios que recibí en el Northeast Georgia Physicians Group incluidos, entre otros, los motivos del cobro de deudas.

### Acuse de recibo del Aviso sobre la Ley Antidiscriminatoria:

Al escribir mis iniciales, reconozco que recibí una copia del Aviso sobre la Ley Antidiscriminatoria.

### Reconocimiento de los derechos de privacidad:

Al firmar a continuación, reconozco que estoy enterado del Aviso de NGHS sobre las prácticas de protección de la privacidad y los derechos individuales. Puede que usemos o divulguemos su información médica con el personal que participe en su atención en el Health System. También es probable que divulguemos su información médica a personas fuera del Health System, como las que participan en los sistemas de intercambio de información médica. El Aviso de NGHS sobre las prácticas de protección de la privacidad contiene más información sobre las políticas y las prácticas que protegen la privacidad del paciente.

**Reconozco que he leído la información anterior, que estoy dando mi consentimiento a lo indicado arriba y, además, reconozco que se me ha informado de mis derechos a la privacidad.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**MEDICAL RECORDS REQUEST**

<b>Patient FULL Name:</b>		<b>Patient Date of Birth:</b>	
<b>Requestor Name:</b> (note "n/a" if patient is the requestor)		<b>Relationship to Patient:</b> (note "n/a" if patient is the requestor)	
<b>I hereby authorize the provider or group named below:</b>			
<b>Provider/ Group Name:</b>		<b>Phone:</b>	
<b>Address, City State, Zip:</b>		<b>Fax:</b>	
<b>to disclose protected health information from the medical record of the above-listed patient, as noted here (check only ONE appropriate box):</b>			
<input type="checkbox"/>	<b>Entire Medical Record:</b>	this includes specific permission to release <b>ALL RECORDS</b> and other information regarding: psychological notes, drug or alcohol abuse notes, AIDS and other STD related information, all laboratory and x-ray reports, consultation reports, surgical reports and other outpatient reports.	
<input type="checkbox"/>	<b>Only specific information/specific time period:</b>		
<b>This information is to be disclosed to the following:</b>			
<b>Patient/Provider/Group Name:</b>			
<b>Address, City State, Zip:</b>			
<b>Phone:</b>		<b>Fax:</b>	
<b>(please check ONE appropriate box)</b>			
<b>The purpose of this disclosure is:</b>	<input type="checkbox"/> Continuing Care	<input type="checkbox"/> Legal	<input type="checkbox"/> Insurance
	<input type="checkbox"/> Personal	<input type="checkbox"/> Transfer to another physician	
<input type="checkbox"/> I understand that the information disclosed pursuant to this Authorization may be subject to re-disclosure by the recipient of the information and may then no longer be protected by the federal privacy regulations. <input type="checkbox"/> I understand this Authorization is specific to the information requested above. <input type="checkbox"/> I understand I have a right to obtain a copy of this authorization by written request to NGPG and to obtain a copy from each health care provider, health care facility, or health plan to which the Authorization is presented. <input type="checkbox"/> I understand this authorization will automatically expire within 90 days from the above stated date. I understand I can revoke this authorization in writing any time prior to this date; however, my revocation will not be effective until received and does not apply to information already provided prior to the revocation becoming effective. <input type="checkbox"/> No health care benefits depend upon whether I sign the Authorization. <input type="checkbox"/> An original as well as a photocopy of this Authorization authorizes the disclosure of the information I have authorized to be disclosed. I understand information may be disclosed my mail or fax. <input type="checkbox"/> I understand that there may be a copy charge and upon request may obtain the fee schedule. <input type="checkbox"/> I have read and understand this Authorization and have voluntarily signed said authorization.			
I would like to receive my records:	<input type="checkbox"/> in paper format	<input type="checkbox"/> Electronically	If electronically, provide email: <input type="text"/>
<b>Signature:</b>			<b>Printed Name:</b>
<b>Signer is:</b>	<input type="checkbox"/> Patient	<input type="checkbox"/> Authorized Representative	<b>Date:</b> <input type="text"/>

**PLEASE MAKE SURE ALL SHADED AREAS ARE FILLED IN AS WE ARE UNABLE TO PROCESS INCOMPLETE FORMS**

**SOLICITUD DE EXPEDIENTE MÉDICO**

<b>Nombre COMPLETO del paciente:</b>		<b>Fecha de nacimiento del paciente:</b>	
<b>Nombre del solicitante:</b> (indique "n/a" si el paciente es el solicitante)		<b>Relación con el paciente:</b> (indique "n/a" si el paciente es el solicitante)	
<b>Por medio de la presente autorizo al proveedor o grupo nombrado a continuación:</b>			
<b>Proveedor/ Nombre del grupo:</b>		<b>Teléfono:</b>	
<b>Dirección, ciudad estado, código postal:</b>		<b>Nº de fax:</b>	
<b>a que divulgue información de salud protegida del expediente médico del paciente anteriormente mencionado, según se indica aquí (marque solo UN cuadro apropiado):</b>			
<b>Todo el expediente médico:</b>	esto incluye permiso específico para divulgar <b>TODO EL EXPEDIENTE</b> y otra información sobre: notas psicológicas, notas sobre el abuso de drogas o alcohol, SIDA y otra información relacionada con las ETS, todos los informes de laboratorio y radiografías, informes de consultas, informes quirúrgicos y otros informes de paciente ambulatorio.		
<b>Solo información específica o período específico:</b>			
<b>Se divulgará esta información al siguiente:</b>			
<b>Nombre del paciente / proveedor / grupo:</b>			
<b>Dirección, ciudad estado, código postal:</b>			
<b>Teléfono:</b>		<b>Nº de fax:</b>	
<b>(marque UN cuadro apropiado)</b>			
<b>La finalidad de esta divulgación es:</b>	<input type="checkbox"/> Continuing Care	<input type="checkbox"/> Legal	<input type="checkbox"/> Seguro
	<input type="checkbox"/> Personal	<input type="checkbox"/> Transferencia a otro médico	
<input type="checkbox"/> Entiendo que la información divulgada en virtud de esta autorización podría estar sujeta a su redivulgación por el receptor de esta información y que podría ya no estar protegida bajo las regulaciones federales de confidencialidad. <input type="checkbox"/> Entiendo que esta autorización se trata específicamente de la información anteriormente solicitada. <input type="checkbox"/> Entiendo que tengo derecho a obtener una copia de esta autorización por escrito a NGPG y a obtener una copia de cada proveedor de atención médica, establecimiento de atención médica o plan de salud al que se presenta la autorización. <input type="checkbox"/> Entiendo que esta autorización vencerá automáticamente en un plazo de 90 días de la fecha anteriormente indicada. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento antes de esta fecha; sin embargo, mi revocación no entrará en vigencia hasta que se reciba y no se aplica a la información que ya fue proporcionada antes de que entrara en vigencia la revocación. <input type="checkbox"/> Ningún beneficio de atención médica depende de si firmo esta autorización. <input type="checkbox"/> Una original, así como también una copia de esta autorización autoriza la divulgación de la información que he autorizado para que sea divulgada. Entiendo que la información podría ser divulgada por correo o fax. <input type="checkbox"/> Entiendo que podría haber un costo por la copia y cuando haga la solicitud puedo obtener el costo de ello.			
<b>Quisiera recibir mi expediente:</b>	<input type="checkbox"/> En papel	<input type="checkbox"/> Electrónicamente, si lo quiere en este formato, proporcione un correo electrónico:	
<b>Firma:</b>		<b>Nombre impreso:</b>	
<b>Firmado por:</b>	<input type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Representante autorizado	<b>Fecha:</b>
<b>ASEGÚRESE DE QUE TODAS LAS ÁREAS SOMBREADAS ESTÉN RELLENAS YA QUE NO PODEMOS PROCESAR FORMULARIOS INCOMPLETOS</b>			

## Responsabilidad financiera del paciente

Gracias por elegir al Northeast Georgia Physicians Group (NGPG) para su atención médica. Le agradecemos por depositar su confianza en nosotros para prestarle atención de la salud; estamos comprometidos a proporcionarle la mejor atención posible como paciente. La siguiente información describe nuestras expectativas en cuanto a la responsabilidad financiera que tiene con nuestra oficina.

Los pacientes o sus representantes legales son los responsables en última instancia de todos los cargos por los servicios prestados. Todos los servicios que se presten a pacientes menores de edad serán la responsabilidad del adulto que los acompañe, el padre que tenga su custodia o el tutor legal.

NGPG está obligado bajo contrato a cobrar los copagos aplicables al momento en que se presten los servicios. También estamos obligados a cobrar los montos de cualquier deducible o coaseguro que el seguro médico considere ser la responsabilidad del paciente.

Los pacientes que no tengan seguro (es decir, que paguen por cuenta propia) deberán hacer un pago mínimo de \$150 al momento del servicio cuando registren su llegada. Este pago se aplicará a los servicios que se presten ese día. Si los cargos por los servicios superan el pago mínimo que se cobró al momento del servicio, el paciente recibirá un estado de cuenta con el saldo restante. Ofrecemos un descuento del 25 % para los pagos por cuenta propia a los pacientes que hagan su pago mínimo al momento del servicio.

**Desembolso inicial (depósito) para procedimientos:** a los pacientes que estén programados para un procedimiento quirúrgico se les puede pedir un desembolso inicial que se aplique al monto estimado de la responsabilidad financiera del paciente. Este monto consistiría en los copagos y los coaseguros aplicables o en cualquier cantidad de los deducibles restantes. Nuestro personal contactará a su compañía de seguros y le proporcionará a usted una **estimación** de los cargos del procedimiento programado en base a los beneficios de su plan. El desembolso inicial para el procedimiento se puede pagar en efectivo, con cheque o tarjeta de crédito.

El personal del hospital también lo contactará a usted para proporcionarle la misma información para sus cargos hospitalarios previstos.

Por favor, tenga en cuenta que es probable que reciba un estado de cuenta de otras entidades, tales como anestesia, laboratorio, patología, etc. Cualquier pregunta que tenga respecto a esos cargos, necesitará dirigirla a la oficina correspondiente. NGPG no procesa las facturas para estos servicios.

Si no puede pagar el 100 % del monto estimado antes de su procedimiento, nuestro personal le dará información sobre las opciones de financiamiento. Se le pedirá hacer algún tipo de pago que se aplique a su monto estimado antes del procedimiento.

Al firmar este formulario, usted acepta que ha leído y que entiende sus responsabilidades financieras.

---

Firma

---

Fecha