

Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Fecha de nacimiento _____

Sexo asignado al nacer: Masculino / Femenino

Raza del solicitante (seleccione todas las que procedan):

Indio Americano o Nativo de Alaska
Asiático
Negro o Afroamericano
Hispano o Latino
Nativo de Hawái u otras Islas del Pacífico
Blanco
Otro

Origen étnico del solicitante (seleccione uno):

Asiático
Hispano / Latino
Negro
Dos o más razas
Indio Americano / Nativo de Alaska
Nativo de Hawái / Isleño del Pacífico
Blanco / Caucásico
Otro

Contactos de Emergencia:

Nombre: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____

Teléfono: _____

Seguridad Social o ITN: _____

Idioma principal: _____

¿Necesita un intérprete? Sí / No

Dirección de correo electrónico: _____

Teléfono móvil: _____

Teléfono de casa: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____ País: _____

Empleador: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Educación más alta:

Cuál es su estado civil?

No he terminado la preparatoria

Soltera(o) / Estudiante

Preparatoria

Casada(o) / Pareja

Algunos estudios universitarios

Estudiante

Título de Asociado

Divorciada(o) / Separada(o)

Título de Bachillerato

Viuda(o)

¿Sirve actualmente o ha servido alguna vez en las Fuerzas Armadas de EE.UU.? Sí / No

¿Cómo se enteró de nosotros? Amigo, Familia, Compañero de trabajo, Empleador, Anuncio en el periódico, TV, Otro

¿Cuál es la razón principal por la que necesita ser atendido hoy en Community Care Center?

Consentimiento del Paciente (LEA CUIDADOSAMENTE)

Entiendo que es posible que Community Care Center ("CCC") no pueda satisfacer todas mis necesidades de atención médica. Los médicos están disponibles en CCC sólo durante las horas de la clínica. No hay proveedores de turno en otras horas. Sé que debo buscar atención en otro lugar en caso de emergencia o para atención médica que no puede esperar hasta que la clínica esté abierta. Doy mi permiso para ser examinado y tratado por los médicos de la clínica. Entiendo que estudiantes y otros proveedores de salud aun no licenciados pueden estar asistiendo a los proveedores. Entiendo que algunos servicios podrían ser cancelados o necesitar ser re-agendados sin previo aviso. Entiendo que el personal de la clínica puede necesitar comunicarse conmigo por teléfono o por correo por razones médicas. Doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información médica protegida para fines de tratamiento. Cuando se hace una referencia para atención fuera de CCC, entiendo que estos servicios pueden no ser gratuitos. Entiendo que CCC hará un referido en mi nombre a HealthCare Access u otra fuente de su elección. También entiendo que es mi responsabilidad hacer seguimiento con un proveedor en Community Care Center de manera oportuna si no he escuchado de nadie acerca de mi referido. CCC no tiene control sobre la programación de la atención en otras instalaciones. Si la espera parece excesiva, entiendo que tengo la opción de solicitar una copia de mi formulario de referido y elegir otro proveedor/instalación de mi elección que puede o no cobrarme.

Además, entiendo que debo cumplir con los requisitos de elegibilidad de CCC para ser un paciente. Entiendo que, si proporciono información falsa o incompleta o no actualizo mi información, se me puede dar de baja como paciente. Entiendo que es mi responsabilidad avisar al personal si los ingresos de mi familia aumentan o si algún miembro de la familia es elegible para recibir o recibe seguro médico, Medicare, Medicaid o beneficios de VA. Tenga en cuenta que al firmar a continuación usted reconoce que la conducta grosera o abusiva hacia el personal o los voluntarios puede ser motivo de revocación de servicios como paciente del Community Care Center for Forsyth, Inc.

Firma del Paciente

Fecha De Hoy

PROGRAMA DE LA LEY FEDERAL DE DEMANDAS POR AGRAVIOS (FTCA) EN CLÍNICAS GRATUITAS

Muestra de aviso al paciente sobre la responsabilidad limitada de los profesionales de atención médica, miembros del directorio, funcionarios, empleados y contratistas independientes de clínicas gratuitas amparados por la FTCA

Aviso a los pacientes

Para entregarse a los pacientes individualmente antes de proporcionarse los servicios de atención médica, excepto en casos de emergencia en que el aviso puede proporcionarse tan pronto como sea posible después de la emergencia o a uno de los padres o al tutor legal cuando el paciente no cuente con la responsabilidad legal de su atención de acuerdo con las leyes estatales.

Por el presente se le notifica que de acuerdo con las leyes federales relativas a la operación de clínicas gratuitas, la Ley de demandas por agravios (*Federal Tort Claims Act*, FTCA), (véase 28 U.S.C. §§ 1346(b), 2401(b), 2671-80) ofrece el recurso exclusivo para los daños y perjuicios por daños personales, incluida la muerte, que resulte de la realización de funciones médicas, quirúrgicas, dentales o relacionadas con estas por cualquier profesional de la salud, miembro del directorio, funcionario, empleado o contratista independiente voluntarios de la clínica gratuita que el Departamento de Salud y Servicios Humanos considere como empleado del Servicio de Salud Pública. Esta cobertura por negligencia médica de la FTCA se aplica a los profesionales de atención médica, miembros del directorio, funcionarios, empleados o contratistas independientes de la clínica gratuita amparados por la misma, que hayan proporcionando un servicio requerido o autorizado según el Título XIX de la Ley del Seguro Social (es decir, el Programa Medicaid) en una clínica gratuita o a través de programas o eventos fuera del sitio realizados por la clínica gratuita (véase 42 U.S.C. § 233(a), (o)).

La ley federal mencionada y otras leyes estatales y federales, incluida la Ley Federal de Protección de Voluntarios de 1997, podrían cubrir a ciertos profesionales de atención médica de clínicas gratuitas que ofrecen servicios de atención médica a pacientes en esta clínica gratuita.

Acuse de recibo:

(Firma del paciente)

(Nombre del paciente, en letra de imprenta legible)

Fecha



REGLAS DE AUSENCIA

DEFINICIÓN DE UNA CITA DE AUSENCIA

Una cita de "ausencia" es cualquier cita programada para la cual el paciente

- No llega a la cita
- Cancela la cita con menos de 2 horas de anticipación
- Llega con más de 15 minutos de retraso, ya sea que se pueda ver o no

IMPACTO DE UNA CITA DE "AUSENCIA"

Las citas de "ausencia" tienen un impacto negativo en nuestra práctica y a nuestros pacientes. Cuando un paciente "no se presenta", pone en peligro su salud y es injusto para otros pacientes que podrían haber tomado la cita.

CÓMO EVITAR SER UN PACIENTE AUSENTE

Evite ser un paciente "ausente" al

- Confirmar su cita
- Llegar a tiempo
- Avisar a la clínica que planea cancelar/reprogramar la cita al menos dos horas antes.

RECORDATORIO DE CITA

Cuando el tiempo lo permita, intentaremos comunicarnos con usted por teléfono para recordarle de su cita. Recuerde informar a nuestro personal de cualquier cambio en su(s) número(s) de teléfono.

Le sugerimos que se registre en **MyChart**, la aplicación móvil de Novant Health.

MyChart le mantendrá puesto al día sobre su salud y los horarios de las citas. Si está interesado en cómo aprender a subir la aplicación a su celular, solicite a la recepción y le darán un código para acceder a la aplicación.

CONSECUENCIAS DE LAS CITAS DE "AUSENCIA"

- Primera Vez:** El paciente recibirá una postal notificándole de la cita perdida.
- Segunda Vez:** El paciente recibirá una carta junto con una copia de las reglas de ausencia
- Tercera Vez:** Un paciente que no asiste a una tercera cita dentro de un período de 12 meses será suspendido de la clínica por 6 meses.



He leído y comprendo las reglas de ausencia del Centro Clínico Comunitario.

Firma Del Paciente

Fecha