



COMMUNITY CARE
CENTER

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

PERSONAL INFORMATION

APELLIDO(S) :

NOMBRE :

Fecha de nacimiento : ____/____/____ Sexo : ☐ Masculino ☐ Femenino

Domicilio :

Télefono : Correo electrónico :

Lengua preferida : Numero Social / :
Numero de TIN

¿Require Interpreter? : ☐ Sí ☐ No Estatus civil : ☐ Soltero(a) / ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Otro
Estudiante / Pareja / Separado(a)

Raza/Etnicidad : ☐ Blanco ☐ Negro/Afro- ☐ Asiático ☐ Hispano ☐ Indio Americano ☐ Nativo de
Americano / Nativo de Hawái / Islaño
Alaska del Pacifico

Educación mas alta : ☐ Menos de ☐ Primaria ☐ Algunos estudios de universidad ☐ Título de bachillerato
primaria o título de Asociado o mas avanzado

¿Actualmente sirve o ha servido en las Fuerzas Armadas de EE. UU? : ☐ Sí ☐ No

Ocupación :

Empleador : Teléfono de
empleador

Razón por la visita :

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Nombre : Teléfono móvil :

Nombre : Teléfono móvil :

¿Como se enteró de nosotros? : ☐ Amigos/Familia ☐ Empleador/Compañero ☐ Ad/TV ☐ Otro
de trabajo

Más Información :

📍 2135 New Walkertown Rd, Winston-Salem, NC, 27101

☎ +1 336-723-7904

🌐 carectr.org

¡GRACIAS!

Firma del Paciente



Reglas de Ausencia

DEFINICIÓN DE UNA CITA DE AUSENCIA

UNA CITA DE AUSENCIA ES CUALQUIER CITA PROGRAMADA PARA LO 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 TIENE UN IMPACTO NEGATIVO EN NUESTRA PRÁCTICA Y A NUESTROS PACIENTES. CUANDO UN PACIENTE PIERDE LA CITA, PONE EN PELIGRO SU SALUD Y ES INJUSTO PARA OTROS PACIENTE QUE PODRÍAN HABER TOMADO LA CITA.

CÓMO EVITAR SER UN PACIENTE AUSENTE

- ◆ CONFIRMAR SU CITA
- ◆ LLEGAR A TIEMPO
- ◆ AVISAR AL CENTRO CLINICO QUE PLANEA CANCELAR/REPROGRAMAR LA CITA AL MENOS DE 2 HORAS ANTES
- ◆ REGÍSTRESE PAR AL APLICACIÓN MOVÍL MYCHART DE NOVANT HEALTH
- ◆ INFORMAR LA CLINICA CON SU TELÉFONO ACTUALIZADO PORQUE INTENTAREMOS COMUNICARNOS CON USTED POR TELÉFONO PARA RECORDARLE DE SU CITA

CONSECUENCIAS DE LA CITAS PERDIDAS

- ◆ PRIMERA VEZ: EL PACIENTE RECIBIRÁ UN POSTAL NOTIFICÁNDOLE DE LA CITA PERDIDA
- ◆ SEGUNDA VEZ: EL PACIENTE RECIBIRÁ UNA CARTA JUNTO CON UNA COPIA DE LAS REGLAS DE AUCENCIA
- ◆ TERCERA VEZ: EL PACIENTE SERÁ SUSPENDIDO DE LA CLÍNICA POR 6 MESES SI PIERDE LA TERCERA VISITA EN UN PERIODO DE 12 MESES

HE LEÍDO Y COMPRENDO LAS REGLAS DE AUSENCIA DEL CENTRO CLÍNICO COMUNITARIO

Firma del Paciente

Fecha

CONTACTANOS : +1 336-723-7904 (MOSTRADOR DE RECEPCIÓN)



Consentimiento del Paciente

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 puedo 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. Tengo 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 de Community Care Center for Forsyth, Inc.

Firma del Paciente

Fecha

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