



Información de Contacto del Paciente

Fecha de Hoy: _____

Nombre: _____ Apellido: _____ Segundo nombre: _____

Nombre de Padre/Tutor: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: M F # de Seguro Social _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: (celular) _____ (casa) _____

Dirección de correo electrónico: _____

Nombre de Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____

País de origen: _____ Idioma Primario: _____

Preferencia Religiosa: _____

Raza/Origen Étnico: asiático caucásico nativo americano afroamericano hispano
(Circule todo lo que corresponda) nativo de Hawái / Islas del Pacífico Otro: _____

Duración de tiempo en los Estados Unidos: _____ Nivel de inglés (1-5, 5 = con fluidez): _____

Ingreso Familiar Anual: (Circule uno)
(\$ 0 a 9,999) (\$ 10,000 a 14,999) (\$ 15,000 a 24,999) (\$ 25,000 a 34,999) (\$ 35,000 a 49,999) (\$ 50,000 o más)

Miembros de la Familia Inmediata:

Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido	Fecha de Nacimiento (XX / XX / XXXX)	Relación	¿Su miembro de la familia tiene seguro? Si es así, indique el tipo aquí. (Medicare, privada, planificación familiar, etc.)

Antes de venir a Smith Family Wellness, ¿dónde iba para recibir atención médica? (Circule uno)

Sala de Emergencia Clínica médica comunitaria Presbyterian / Novant Clínica gratuita
Práctica Privada: _____ No tenía un Hogar Médico Otro: _____

¿Tiene un médico de atención primaria? _____ Nombre del médico: _____

¿Cuántas veces ha estado al servicio de urgencias en los últimos 12 meses? _____ Razón: _____

Diabetes Sí No (diabetes)		Problemas Menstruales Sí No (menstrual problems)	
Tiroides Sí No (thyroid)		Problemas de la vista Sí No (vision problems)	
Enfermedad Hepática Sí No (liver disease)		Enfermedades mentales:	
Asma Sí No (asthma)		Ansiedad Sí No (anxiety)	
Estreñimiento Sí No (constipation)		Depresión Sí No (depression)	
Diarrea Sí No (diarrhea)		Trastorno bipolar Sí No (bipolar disorder)	
Migrañas Sí No (migraines)		Síndrome de déficit atencional Sí No (ADHD)	
Derrame Cerebral Sí No (stroke)		Síndrome de estrés postraumático Sí No (PTSD)	

Si respondió "sí" a cualquiera de las anteriores o si tiene condiciones adicionales, por favor explique:

Historia Menstrual (Sólo Mujeres):

La edad de comienzo: _____ Regular: Sí No Duración: _____ días

Fecha de la última menstruación: _____

Número de embarazos: _____ Número de abortos espontáneos / Abortos: _____

Complicaciones (Prematuro, Cesárea, etc.): _____

Si respondió "sí," a cualquiera de los anteriores, por favor explique:

Consentimiento para la Atención Médica y la Divulgación de Información Médica

Yo voluntariamente consiento al tratamiento de la salud de los médicos y el personal de esta clínica. Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta. No hay garantías que se han hecho para mí con respecto al resultado de tratamientos o exámenes realizados por los cuidadores. Doy mi consentimiento para el deposito, uso y divulgación de información médica protegida acerca de mí para las operaciones de tratamiento y cuidado de la salud. He leído este formulario y/o he tenido esta forma explicada en su totalidad y he tenido la oportunidad de hacer preguntas y mis preguntas han sido contestadas.

He recibido y/o una copia de las prácticas de privacidad de esta clínica ha estado disponible para mí. Soy consciente de que la notificación puede ser cambiada en cualquier momento. Puedo obtener una copia revisada de la notificación de esta clínica.

Nombre del Cliente (Escríballo) _____

Firma del paciente o persona autorizada

Fecha

Citas

Las citas se pueden hacer poniéndose en contacto con 704-910-5810, enviando una remisión por fax al 980-207-0214, o completando el formulario en línea en <http://www.smithfamilywellnesscenter.com/appointments.html>. **Si cancela una cita, notifíquenos al menos 24 horas antes de la sesión** por teléfono llamando al 704-910-5810. Si no se presenta para su cita y no notifica a la clínica por lo menos 24 horas antes de la sesión, se le cobrará el cargo de cancelación de \$10, a menos que esté prohibido por su seguro. Después de 3 citas perdidas, los pacientes serán inelegibles para programar una cita por un mínimo de 6 meses.

Cuota de Consejería

El precio mínimo para la terapia individual y familiar es de \$10/sesión. El costo mínimo para la terapia de grupo es \$5/sesión más la cuota de cuidado de niños cuando sea aplicable. El valor de una sesión de consejería de una hora es de \$100. Es el objetivo del Smith Family Wellness Center brindar acceso a la atención médica y mental sin poner una presión financiera adicional sobre la familia. Las tarifas y el calendario de pago se evaluarán caso por caso, considerando los ingresos del hogar, el tamaño del hogar y los gastos. El costo total para las iglesias patrocinando un cliente será \$50/sesión. Se requiere que el cliente pague un porcentaje decidido por los diaconos u otro liderazgo de la iglesia. Los clientes serán responsables de la tarifa de la sesión completa por citas perdidas o citas canceladas con menos de 24 horas de antelación (solo clientes sin Medicaid). Las citas se pueden cancelar llamando al 704-910-5810 o enviando un correo electrónico a su consejero.

Confidencialidad y archivos: Notificación de Políticas y Prácticas de Privacidad

Para cumplir con las regulaciones federales de HIPAA relacionadas con la seguridad de la Información de la Atención, *Smith Family Wellness Center* ofrece a cada individuo la oportunidad de leer el Notificación de Políticas y Prácticas de Privacidad (ver más abajo). Este formulario reconoce que usted tuvo la oportunidad de hacerlo y hacer preguntas.

Acuse de Recibo de Aviso de Privacidad

Nombre del cliente: _____

Fecha de admisión: _____

Por la presente reconozco que he recibido y me han dado la oportunidad de leer una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de *Smith Family Wellness Center*. Entiendo que, si tengo alguna pregunta acerca de este Aviso de Prácticas de Privacidad o de mis derechos de privacidad, puedo comunicarme con mi terapeuta.

Firma del Cliente

Fecha

Firma del padre, tutor o representante personal

Fecha

Aviso de prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo la información médica sobre usted puede ser usada y divulgada y cómo usted puede tener acceso a esta información. Por favor revise cuidadosamente este aviso.

Su registro de salud contiene información personal sobre usted y su salud. Las leyes estatales y federales protegen la confidencialidad de esta información. "Información médica protegida" (PHI) es información acerca de usted, incluyendo información demográfica, que puede identificarle y que se relaciona con su salud o condición física o mental pasada, presente o futura y los servicios de salud relacionados. Si sospecha una violación, puede presentar un informe a las autoridades apropiadas de acuerdo con las regulaciones federales.

Sus derechos con respecto a su PHI:

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la PHI que mantenemos sobre usted:

Derecho de Acceso a inspeccionar y copiar. Usted tiene el derecho, el cual puede ser restringido sólo en ciertas circunstancias limitadas, para inspeccionar y copiar la PHI que puede usarse para tomar decisiones sobre su cuidado. Le podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo de las copias.

Derecho a Modificación. Si usted cree que la PHI que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede pedirme que modifique la información, aunque no estoy obligado a estar de acuerdo con la enmienda.

Derecho a un informe de divulgaciones. Usted tiene el derecho de solicitar una copia de la contabilidad requerida de las revelaciones que hago de su PHI.

Derecho a solicitar restricciones. Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación en el uso o de su PHI para el tratamiento, pago, o la operación de la salud. Yo no estoy obligado a cumplir con su solicitud.

Derecho a solicitar comunicación confidencial. Usted tiene el derecho a solicitar que me comunique con usted acerca de asuntos médicos de cierta manera o en cierto lugar. Cumpliré peticiones razonables y no preguntare porque usted está haciendo la solicitud.

Derecho de queja. Usted tiene el derecho de presentar una queja por escrito conmigo o con el Secretario de Salud y Servicios Humanos si cree que hemos violado sus derechos de privacidad. No tomare represalias contra usted por presentar una queja.

Tratamiento. Su PHI puede ser usado y divulgado por mí con el propósito de proveer, coordinar, o administrar su tratamiento de cuidado de salud y cualquier servicio relacionado. Esto puede incluir la coordinación o administración de su atención médica con un tercero, la consulta con otros proveedores de atención médica o la referencia a otro proveedor para servicios de cuidado de la salud.

Pago. No utilizare su PHI para obtener el pago de sus servicios de atención médica sin su autorización por escrito. Ejemplos de actividades relacionadas con los pagos son: determinar la elegibilidad o cobertura de seguro, procesar los reclamos con su compañía de seguros, revisar de los servicios proporcionados a usted para determinar la necesidad médica, o realizar actividades de revisión de utilización.

Operaciones de atención médica. Puedo utilizar o divulgar, según sea necesario, su PHI con el fin de apoyar las actividades comerciales de mi práctica profesional. Tales revelaciones podrían ser para otros para la educación del cuidado de la salud, o para proporcionar la planificación, control de calidad, evaluación de sus pares, servicios administrativos, servicios legales o financieros para ayudar en la prestación de atención médica, siempre y cuando tenga un contrato escrito que obligue al receptor a salvaguardar la privacidad de su PHI. También puedo comunicarme con usted para recordarle sus citas, informarle acerca de alternativas de tratamiento y / o productos o servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Uso y divulgaciones que no requieren su autorización o la oportunidad de oponerse:

Requerido por la ley: Se me permite usar o divulgar su PHI en la medida en que el uso o divulgación es requerida por la ley, hecho en cumplimiento de la ley, y se limita a los requisitos relevantes de la ley. Ejemplos de ello son los informes de salud pública y los informes policiales. También debo hacer revelaciones al

PH: 704-910-5810 3622 CENTRAL AVENUE, CHARLOTTE, NC 28205 FAX: 980-207-0214

Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos con el propósito de investigar o determinar mi cumplimiento con los requisitos de la Regla de Privacidad.

Supervisión de Salud: Se me permite revelar su PHI a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley, tales como licencias profesionales. Las agencias de supervisión incluyen agencias gubernamentales y organizaciones que proporcionan asistencia financiera a mí (como terceros pagadores).

Abuso o Negligencia. Puedo divulgar su PHI a una agencia estatal o local que esté autorizada por la ley para recibir reportes de abuso o negligencia. Sin embargo, la información que revelo es limitada a sólo la información que es necesaria para el informe inicial obligatorio. Puedo divulgar su PHI relacionado con los pacientes fallecidos con el propósito de determinar la causa de la muerte, en relación con las leyes que exigen la recolección de muerte u otras estadísticas vitales o permitir la investigación de la causa de la muerte.

Investigación. Puedo divulgar PHI a los investigadores si (una) Junta de Revisión Institucional revisa y aprueba la investigación y una autorización o una renuncia al requisito de autorización; (b) los investigadores establecen protocolos para asegurar la privacidad de su PHI; y (c) los investigadores están de acuerdo en mantener la seguridad de su PHI de acuerdo con las leyes y regulaciones aplicables.

Amenaza para la Salud o la Seguridad. Puedo divulgar PHI cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona.

Actividad Criminal en mi Establecimiento Comercial / Contra mí y mis Empleados. Puedo divulgar su PHI a oficiales de la ley si usted ha cometido un crimen en mi propiedad o contra mí o mis empleados.

Proceso Obligatorio. Voy a revelar su PHI si un tribunal de jurisdicción competente emite una orden apropiada. Voy a revelar su PHI si usted y yo hemos sido notificados por escrito al menos catorce días antes de una citación u otra demanda legal, y ninguna orden de protección se ha obtenido, y tengo garantías satisfactorias que ha recibido la notificación de una oportunidad de haber limitado o anulado la demanda del descubrimiento.

***Para información adicional vea GS 122C 52 hasta 56**

Usos y Divulgaciones de PHI con su Autorización Escrita

Otros usos y divulgaciones de su PHI se harán sólo con su autorización por escrito. Usted puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento; a menos que haya tomado una acción en la dependencia de la autorización del uso o de la divulgación que le permite, por ejemplo, que le proporciona servicios de atención médica para la cual debo presentar reclamación subsiguiente(s) para el pago.

Este Aviso

Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida de conformidad con todas las leyes aplicables. También describe sus derechos con respecto a cómo puede acceder y controlar su PHI. Estoy obligado por la ley a mantener la privacidad de la PHI y al llegar una notificación de mis obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la PHI. Estoy obligado a cumplir con los términos de este Aviso de prácticas de privacidad. Me reservo el derecho de cambiar los términos de mi aviso de privacidad en cualquier momento. Voy a poner a disposición un Aviso de Prácticas de Privacidad, proporcionando uno a usted en su próxima cita o enviar por correo una copia de su solicitud.

Información de Contacto

Soy mi propio Oficial de Privacidad; por lo tanto, si usted tiene alguna pregunta sobre este Aviso de Prácticas de Privacidad, por favor, comuníquese con el *Smith Family Wellness Center*.

Quejas

Si usted cree que hemos violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja por escrito a Diana Moser-Burg, como mi propia Oficial de Privacidad, especificado en este aviso. No tomare represalias contra usted por presentar una queja. Usted puede presentar una queja ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

PH: 704-910-5810 3622 CENTRAL AVENUE, CHARLOTTE, NC 28205 FAX: 980-207-0214

Formulario de Facturación por Consentimiento*

Nombre del Cliente: _____ # de cliente: _____

Liberación de Información a los Seguros

Por la presente autorizo al *Smith Family Wellness Center* a enviar toda la información necesaria a mi compañía de seguros de salud a fin de facturar por los servicios prestados. Además, autorizo a mi compañía de seguros a enviar el pago directamente al *Smith Family Wellness Center*. Entiendo que puedo negarme a tener mi compañía de seguros facturada, pero si me niego, se me puede exigir que pague la cantidad completa cargada con ninguna reducción de tarifas. La información publicada podría incluir el alcohol y el tratamiento de drogas.

Responsabilidad del Consumidor

Entiendo que soy completamente responsable por cualquier saldo pendiente que queda después de que se haga cualquier pago de seguro aplicable. Si no soy elegible para el seguro o si mi compañía de seguros se niega a pagar, entiendo que soy responsable de la totalidad del saldo por los servicios prestados y esto puede estar basado en una escala móvil, si es el caso. Además, entiendo que el *Smith Family Wellness Center* facturará mi seguro como una acomodación.

Entiendo que los cargos pueden estar basados en una escala móvil de pago basada en los ingresos netos y el tamaño de la familia. Yo entiendo que se necesita mi plena cooperación con el fin de determinar el porcentaje de escala móvil de tarifas aplicables. Entiendo que es mi responsabilidad de proporcionar la documentación de ingresos y deducciones de los ingresos para los gastos médicos y de cuidado de niños. Entiendo que proporcionar información falsa para evitar la responsabilidad financiera puede dar lugar a la responsabilidad 100% de los cargos.

Además, entiendo que es mi responsabilidad de notificar al *Smith Family Wellness Center* inmediatamente si mi situación financiera cambia. En caso de producirse un cambio, entiendo que cualquier arreglo de pago previamente acordado podría cambiar.

Entiendo que voy a poder obtener una estimación de los costos de los servicios que se han recomendado. Entiendo que la falta de pago al *Smith Family Wellness Center* puede resultar en la aplicación de procedimientos de cobros y acciones legales.

Yo entiendo que mi falta de cooperación en la presentación de la información necesaria sobre la elegibilidad de seguro constituye una negativa a cooperar y puede resultar en el rechazo de los servicios. También entiendo que, a menos que se especifique lo contrario en las presentes disposiciones, soy responsable de todos los copagos y deducibles requeridos por mi compañía de seguros.

Entiendo que la dirección y los números de teléfono en el formulario de admisión serán utilizados para cualquier comunicación con respecto a mi facturación. Yo entiendo que es mi responsabilidad notificar al *Smith Family Wellness Center* si mi dirección cambia.

PH: 704-910-5810 3622 CENTRAL AVENUE, CHARLOTTE, NC 28205 FAX: 980-207-0214

Por la presente certifico que he leído y comprendido la información anterior y certificar que toda la información dada en *Smith Family Wellness Center* es verdadera y correcta.

Autorización para la diseminación de la información médica y tratamiento: Autorizo al *Smith Family Wellness Center* que proporcione información médica relacionada con mi tratamiento a mi compañía de seguros, agencias gubernamentales y sus agentes, y organizaciones de revisión profesionales con los que puede tener una cobertura de seguro o que pueden ser ayudado con el tratamiento. Esta autorización expirará en un (1) año a partir de la fecha que se indica abajo, y entiendo que yo o mi representante legal podemos revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya tomado acción o en caso de mi muerte, la liberación de información de facturación y tratamiento es necesaria para verificar los cargos incurridos por mí.

Autorización para entregar información a Medicare, Medicaid y otros programas financiados por el estado: Certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago bajo los títulos V, XVIII y / o XIX de la Ley del Seguro Social es correcta. Yo entiendo que los servicios de salud pagados bajo el Medicare, Medicaid y otros Programas de Financiación del Estado están sujetos a revisión por parte de las organizaciones profesionales que pueden recomendar la denegación de pago si mi condición no garantiza la continuación del tratamiento. Yo, autorizo a las agencias responsables de determinar la elegibilidad para proporcionar al *Smith Family Wellness Center* cualquier información relativa a la determinación de mi elegibilidad. Solicito el pago de beneficios bajo estos programas al *Smith Family Wellness Center*, en mi nombre.

Firma del Consumidor / Padre / Tutor

Fecha

Para preguntas acerca de la facturación o la notificación de cambio de dirección o estado financiero, por favor escriba o llame a:

Smith Family Wellness Center en el Proyecto 658
3622 Central Ave, Charlotte, NC 28205
704-910-5810

Acceso a Servicios

Las horas regulares de la clínica son de 9am-5pm, lunes-viernes, con las clínicas adicionales del sábado en el 2do sábado de cada mes de 9am-1pm. El apoyo de emergencia está disponible durante las horas de oficina regulares, y hay apoyo adicional disponible después de horas llamando al número de la oficina y dejando un buzón de voz en el buzón de su médico. Además, si se trata de una emergencia médica o de salud mental que requiere atención inmediata, llame al 911 primero y luego llame al buzón de su médico para recibir apoyo adicional según sea necesario.