

Día De Hoy \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(Por favor imprimir)

Número de cuenta: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DEL PACIENTE					
Apellido del Paciente		Primero Nombre		Segundo Nombre	
				<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Senorita <input type="checkbox"/> Sra.	
¿Es este su nombre legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si no es así, ¿cuál es su nombre legal?		Nombre Anterior	
Dirección			Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección de Postal si es diferente a Dirección Física			Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Casa (    )	Número de Celular (    )	Nombre de Empleador			Número de Empleador (    )
Fecha de Nacimiento / /	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Apartado/a				Seguro Social ____ - ____ - ____
Orientación sexual					
<input type="checkbox"/> Heterosexual		<input type="checkbox"/> Otro _____			
<input type="checkbox"/> Lesbianas o homosexuales		<input type="checkbox"/> No lo sé			
<input type="checkbox"/> Bisexual		<input type="checkbox"/> Elija no divulgar			
Género					
<input type="checkbox"/> Hombre		<input type="checkbox"/> Mujer			
<input type="checkbox"/> Transgénero Mujer / Hombre-a-Mujer		<input type="checkbox"/> Transgénero Hombre / Mujer-a-hombre			
<input type="checkbox"/> Género Queer		<input type="checkbox"/> Elija no divulgar			
<input type="checkbox"/> Otro _____					
INFORMACIÓN ADICIONAL DEL PACIENTE					
Dirección de Correo Electrónico				Etnicidad	
				<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano/ Latino	
Idioma			Sin hogar		Paciente de Vivienda Pública
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tamaño de la Familia	Ingresos	Veterano		Estado del Alumno	Trabajador
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> \$ _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT	Agrícola
<input type="checkbox"/> Elija no divulgar	<input type="checkbox"/> Elija no divulgar	<input type="checkbox"/> Elija no divulgar		<input type="checkbox"/> No un estudiante	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
PARTE RESPONSIBLE/ PADRES / TUTOR					
Nombre		Relación con el Paciente		Fecha de Nacimiento / /	
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal	Número de Casa (    )
Nombre de Empleador		Dirección del Empleado			Número de Empleador (    )
INFORMACIÓN DEL SEGURO					
¿Está este paciente cubierto por el seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Nombre del Seguro Principal	Nombre del Suscriptor	Fecha de Nacimiento del Suscriptor		Relación con el Suscriptor	
				<input type="checkbox"/> Yo Mismo/a <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro _____	
Nombre del Seguro Secundario	Nombre del Suscriptor	Fecha de Nacimiento del Suscriptor		Relación con el Suscriptor	
				<input type="checkbox"/> Yo Mismo/a <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro _____	

CONTACTO DE EMERGENCIA (APARTE DE LOS PADRES, TUTOR, PARTE RESPONSABLE)			
Nombre del amigo o pariente local	Relación con el paciente	Número de Casa ( )	Número de Celular ( )
Nombre del amigo o pariente local (No viviendo en la misma dirección)	Relación con el paciente	Número de Casa ( )	Número de Celular ( )
INFORMACIÓN ADICIONAL			
¿Tiene una farmacia preferida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre de Farmacia	Ciudad de la Farmacia	Número de Farmacia ( )
Otros miembros de la familia vistos aquí:			
Eligió clínica porque/ Referido a la clínica por (Marque una casilla): <input type="checkbox"/> Dr. _____ <input type="checkbox"/> Hospital _____ <input type="checkbox"/> Familia _____ <input type="checkbox"/> Amigo _____ <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Directorio telefónico <input type="checkbox"/> Otro _____			

\_\_\_\_\_ **Inicial ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:** Autorizo a mi compañía de seguros a pagar directamente a TenderCare Clinic el costo permitido y pagadero a mí bajo mi póliza de seguro, aplicable a los servicios profesionales prestados. Acepto pagar todos los cargos no cubiertos por los pagos del seguro o, si recibo el pago del seguro presentado por su empresa, lo enviaré a su oficina dentro de una semana después de recibir los fondos.

\_\_\_\_\_ **Inicial CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:** Autorizo a TenderCare Clinic ya los asistentes que ellos designen a realizar procedimientos diagnósticos, si es necesario, para diagnosticar mejor mi condición y administrar tales tratamientos y medicamentos, según se indique. Entiendo que mi condición puede requerir una consulta con otro médico. Si ocurre esta situación, autorizo a TenderCare Clinic a divulgar información médica que pueda ser necesaria para brindar mejor mi tratamiento médico.

\_\_\_\_\_ **Inicial ACUERDO DE PAGO:** La información anterior es fiel a lo mejor de mi conocimiento, y solicito a TenderCare Clinic que me proporcione atención médica a mí y a mi familia. Reconozco mi responsabilidad de pagar los servicios de acuerdo a las políticas establecidas por TenderCare Clinic.

**Firma del Paciente o Garante** \_\_\_\_\_

**Firma del Registrador** \_\_\_\_\_



**AUTORIZACIÓN DE PACIENTE  
A DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA A OTROS INDIVIDUOS**

Autorizo a discutir mi información médica en cualquier momento con las siguientes personas designadas:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Información que puede ser discutido es:

Cualquier información contenida en mi expediente médico

O Sólo:  planes de tratamiento, diagnóstico y exámenes médicos

Documentos de prescripción

Resultados de laboratorio

Facturación y seguro

Otros

La información anterior puede ser **discutido en mi presencia solo.**

La información anterior puede ser discutido **cuando estoy presente no.**

Esta autorización es válida hasta esa fecha como cambiar o cancelar la autorización para liberar de mi información.

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

Nombre del paciente (impresión)

\_\_\_\_\_ Testigo: \_\_\_\_\_

Firma

---

**Registro de Transacciones y Servicios de Inmunización de Georgia (GRITS)**

Autorizo a TCC a compartir registros relacionados específicamente con vacunas con la base de datos GRITS.

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

Nombre del paciente (Imprimir)

\_\_\_\_\_ Testigo: \_\_\_\_\_

Firma

Esta autorización es válida hasta la fecha en que cambie o cancelo la autorización para liberar mi información.

**AUTORIZACIÓN PARA MENSAJERÍA A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO, TELÉFONO Y TELÉFONO CELULAR**

Cuando me contacte con información relativa a resultados de la prueba, información de prescripción u otros problemas médicos, autorizo a dejar mensajes como sigue:

\_\_\_ De correo de voz \_\_\_ no cualquiera en mi \_\_\_ número contacto correo \_\_\_ Do dejar mensajes

Cuando me contacte con información sobre citas autorizo a dejar mensajes como sigue:

\_\_\_ de correo de voz \_\_\_ no cualquiera en mi \_\_\_ número contacto correo \_\_\_ Do dejar mensajes

Cuando me contacte con información acerca de problemas de facturación autorizo a dejar mensajes como sigue: \_\_\_ de correo de voz \_\_\_ no cualquiera en mi \_\_\_ número contacto correo \_\_\_ Do dejar mensajes

dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**Mensaje de texto**

TCC desea contactarse con usted a través de mensajes de texto usando su teléfono personal con respecto a recordatorios y actualizaciones de citas. Se puede incluir cierta información personal limitada, sin embargo, no se especificarán resultados médicos o de prueba. Ingrese a continuación si desea que lo contactemos por mensaje de texto o no.

\_\_\_\_\_ **Sí**, deseo que TCC use mi teléfono celular enumerado a continuación para enviar mensajes de texto a los fines de recordatorios / actualizaciones de citas.

Numero de celular: ( ) \_\_\_\_\_- \_\_\_\_\_

Por favor, póngase en contacto con nuestra oficina inmediatamente con cualquier cambio en su número de teléfono.

– OR –

\_\_\_\_\_ **No**, NO quiero que TCC use mi teléfono celular para enviar mensajes de texto a los fines de recordatorios / actualizaciones de citas.

## **POLÍTICAS DE OFICINA PARA TENDERCARE CLINIC, INC.**

Le agradecemos que haya elegido nuestra práctica como su proveedor médico. Hemos escrito esta política para mantenerle informado de nuestras políticas actuales de la oficina.

**Horario de oficina:** Todas las ubicaciones se abren de lunes a viernes durante las horas reflejadas a continuación:

- Administración de TenderCare: 8 a.m. -5 p.m.
- Médico TenderCare Greensboro: 8 a.m. - 6 p.m.
- Farmacia de TenderCare Greensboro: 9 a.m. - 6 p.m.
- TenderCare Dental: Lunes: 9 a.m. - 6 p.m. ; Martes - Viernes de 8 a.m. - 5 p.m.
- Médico TenderCare Lake Oconee: 8 a.m. - 5 p.m.
- Centro de bienestar TenderCare: 8 a.m. - 5 p.m.; Miércoles 8 a.m. - 7 p.m.
- Médico TenderCare Milledgeville: 8 a.m. - 5 p.m.

**Citas:** Vemos la mayoría de los pacientes con cita previa. Cualquier paciente que necesite formularios completados, por favor háganos saber al momento de hacer su cita. Todos los pacientes programados para una cita serán notificados por teléfono 24-48 horas antes de la cita. Le pedimos que cada paciente llegue al menos 15 minutos antes de la cita para verificar y / o actualizar la información del paciente, como números de teléfono, dirección e información de seguro.

**Después de Horas y Emergencias:** Para una emergencia grave, llame al 911 de inmediato. Si no está seguro y llame a nuestra oficina, asegúrese de decirle a la persona que responde al teléfono que se trata de una emergencia. Después de horas usted alcanzará nuestro servicio contestador. Ellos se pondrán en contacto con el proveedor.

**Cancelaciones:** Por favor llame dentro de las 24 horas si no puede cumplir con su cita programada. Esto nos permite proporcionar ese intervalo de tiempo a otro paciente.

**Exámenes físicos completos:** Creemos que los exámenes físicos completos anuales y rutinarios con pruebas de laboratorio de detección son muy importantes para el mantenimiento de una buena salud. Sin embargo, los beneficios del seguro varían. Algunas pólizas cubren el "bienestar" y otras cubren visitas cuando usted tiene una queja. Por favor, aprenda sobre sus beneficios antes de su cita para que sepa lo que está cubierto por su plan de seguro.

**Medicamentos:** Por favor traiga sus medicamentos, prescritos y sin receta, a sus visitas de citas. Es importante para nosotros y para usted mantener sus medicamentos y las alergias actualizadas en sus registros médicos.

### **Recetas y Recetas:**

- Si necesita llamar para recargas, no espere hasta que se haya agotado. La mayoría de las recargas requieren la aprobación del médico. Si su médico está fuera por la tarde, puede ser el día siguiente (o el lunes) antes de que pueda ser autorizado.
- No vaya a la farmacia para esperar a que se le llame su receta. Llámenos primero para ver si está listo.

- Llenar solicitudes antes de las 2:00 p.m. Será manejado al final del día. Después de las 2:00 p.m., puede ser la mañana siguiente antes de que su petición pueda ser dirigida. Algunos medicamentos tienen efectos secundarios potenciales que deben ser monitoreados. Requerimos chequeos cada 3 o 4 meses para estos medicamentos. Asegúrese de mantener las citas de seguimiento.
- No se puede llamar a algunas recetas. La receta debe ser impresa para su recolección.
- No llame después de horas para recargas de recetas debido a un acceso limitado a su carta.
- Las recetas de narcóticos y las sustancias controladas se prescriben y se vuelven a llenar SOLAMENTE durante horas de oficina regulares.

**Resultados de laboratorio / radiología:** Si ha realizado alguna prueba de laboratorio o de radiología, consulte a su proveedor en el momento de su visita cuando se le notifiquen los resultados. Si no ha recibido una respuesta escrita o verbal dentro de los 10 días, llame a la oficina.

**Referencias:** Las referencias son manejadas por nuestro Departamento de Referencias. A veces esto se puede hacer en el mismo día que su cita o puede tomar 2-3 días, dependiendo de su seguro y / o la urgencia de su situación. Alguien se pondrá en contacto con usted tan pronto como se obtenga la autorización de referencia.

**Obligación del paciente:** Los pacientes desempeñan un papel vital en el éxito de su asistencia sanitaria participando activamente con el médico y el personal en su tratamiento. Siguiendo un plan de tratamiento prescrito, el paciente aumenta sus posibilidades de un resultado exitoso. Los médicos de nuestra consulta piden a sus pacientes que cumplan con las

- Proporcione a su médico información exacta y completa sobre síntomas, quejas, enfermedades pasadas, historial de medicamentos y hospitalizaciones relacionadas con su salud. Informe de los riesgos y cambios inesperados en su condición y proporcione retroalimentación relacionada con el curso de tratamiento prescrito.
- Hacer preguntas. Si no entiende el plan de tratamiento, solicite una aclaración.
- Seguir y no desviarse del curso del tratamiento. No cumplir con el plan de tratamiento puede resultar en un resultado menos exitoso.
- Sea considerado con los médicos, el personal y las políticas de la oficina. Estas políticas se han puesto en marcha con el fin de servir a nuestros pacientes de manera eficiente y eficaz.
- Pagar las obligaciones financieras de manera oportuna. Nuestra oficina de negocios está disponible para ayudarle con sus preocupaciones financieras.

**Despido:** Si usted es "despedido" de la práctica, significa que ya no puede programar citas, recibir recetas de medicamentos o considerarnos su médico. Tienes que encontrar a un médico en otra práctica.

**Proceso de despido:** Le enviaremos una carta a su última dirección conocida, por correo certificado, notificándole que está siendo despedido. Si tiene una emergencia médica dentro de los 30 días de la fecha en esta carta, lo veremos. Después de eso, usted debe encontrar a otro médico. Enviaremos una copia de su expediente médico a su nuevo médico después de que usted nos haga saber quién es y firme un formulario de liberación.