



COLUMBIA GORGE
FAMILY MEDICINE

1750 12th Street
Hood River, OR 97031

Teléfono: 541-386-5070Á
Fax: ~~541-386-7190Á~~
Sitio web: www.cgfm.com

CGFM Términos económicos

Fecha de hoy:

Fecha de nacimiento:

_____ (mm/dd/aaaa)

_____ (mm/dd/aaaa)

Nombre Paciente:

_____ (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)

Gracias por elegir a Columbia Gorge Family Medicine (CGFM) para recibir servicios de atención médica.

Revise cuidadosamente las siguientes políticas y no dude en hacer preguntas si las tiene. Para garantizar una facturación precisa y evitar el fraude, le pedimos a cada paciente que nos proporcione la copia de una identificación con fotografía junto con su tarjeta de seguro.

Cuando reciba una tarjeta de seguro nueva o cambie a otro plan de salud, es su responsabilidad comunicárnoslo con la información de la póliza actualizada y proporcionarnos una copia de la tarjeta.

Le facturamos a su seguro como cortesía y debe tener información precisa sobre el plan de salud. Esto incluye los seguros primario y secundario, de automóvil y de indemnización por accidentes laborales. Si no nos proporciona información precisa y actualizada específica de su visita, el paciente será responsable del saldo que se deba.

El paciente tiene la responsabilidad de verificar con su plan de salud los detalles sobre la aptitud y los beneficios, lo que incluye: 1) estado de proveedor dentro de la red, 2) asignación del proveedor de atención primaria (PCP, por su sigla en inglés) y 3) posible responsabilidad económica de los servicios no cubiertos en la fecha de prestación del servicio en CGFM o después.

Acepto esta responsabilidad (escriba sus iniciales aquí):

La mayoría de las visitas al consultorio requieren un copago que se debe realizar en el momento del servicio. Si su copago no está impreso en su tarjeta y/o no podemos verlo al verificar la aptitud, se aplicará un copago estándar de \$25.

Si no tiene seguro medico o su seguro medico tiene un deducible alto o su cuenta se encuentra en estado de cobranza, requerimos un depósito de \$75 para CADA visita. Su depósito de \$75 se aplicará a su total de subsillo.

Para citas urgentes después del horario de atención de 8-5, cobramos \$100.00 dólares en el momento del servicio. Se lo facturaremos a su seguro y si el pago se realiza, le reembolsaremos el dinero que se le deba. Si usted es un paciente establecido, el cobro se hará con base en su responsabilidad del paciente calculada a partir de sus planes de seguro, de lo contrario se cobrará un depósito de \$50.00.

Los pacientes sin seguro médico (pago propio) recibirá ún descuento sin seguró de 10%. El seguro no asegurado es aplicable a los servicios profesionales solamente, no se aplica a medicamentos, vacunas o suministros médicos. El descuento para personas sin seguro solo se aplicará a los servicios cuando el paciente realmente no tenia seguro y se revertirá descubrimos un seguro de salud activo o un plan de salud cubre de forma retroactiva la vista del paciente.

Consulte con nuestro personal de facturacion sobre nuestro pago del 10% en descuento competo o las opciones de plan de pago.

Hay un cargo de \$30 por cheques devueltos. Si no paga su factura o no hace arreglos con nuestro departamento de facturación, podrían retirarlo de la práctica y su cuenta se asignaría a una agencia de cobranza externa; en este caso, usted será responsable de todos costos de cobranza y honorarios del abogado en los que se incurra.

Faltar a su cita sin llamarnos para cancelar o reprogramar 24 horas antes de su cita dará como resultado una tarifa de 25 dólares. Después de 3 ausencias, su cuenta pasará a revisión para ser despedido de la clínica.

He leído y comprendo estas políticas económicas.

Firmado:

_____ (mm/dd/aaaa)

_____ Firma del paciente

Firmado:

_____ (mm/dd/aaaa)

_____ Firma del padre, de la madre, del tutor o del representante legal

Información demográfica de los pacientes



COLUMBIA GORGE
FAMILY MEDICINE

Fecha de hoy: _____
(mm/dd/aaaa)

1750 12th Street
Hood River, OR 97031

Teléfono: 541-386-5070Á
Fax: 541-386-7190Á
Sitio web: www.cgfm.com

Nombre Paciente: _____
(apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)

Fecha de nacimiento: _____ **Sexo:** Varón
(mm/dd/aaaa) Mujer

Nombre anterior: _____
(nombre de soltera)

Domicilio: _____

Nombre preferido: _____
(apodo)

Domicilio

Información de contacto del paciente

Domicilio

Teléfono de casa: _____ (Incluya el código de área)

Ciudad, Estado

Código postal

Teléfono del trabajo: _____

Teléfono celular: _____

Estado civil Soltero Divorciado
 Casado Viudo
 Separado

Acceso al portal web seguro:

Si desea tener acceso a nuestro portal web, regístrese en la recepción para su registro y contraseña.

Información de contacto para emergencias

Nombre: _____
(apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)

Teléfono de casa: _____ (Incluya el código de área)

Relación con el paciente: _____

Teléfono del trabajo: _____

Teléfono celular: _____

Otra información de contacto

Nombre: _____
(apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)

Teléfono de casa: _____ (Incluya el código de área)

Relación con el paciente: _____

Teléfono del trabajo: _____

Teléfono celular: _____

Nombre: _____
(apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)

Teléfono de casa: _____ (Incluya el código de área)

Relación con el paciente: _____

Teléfono del trabajo: _____

Teléfono celular: _____

Raza y origen étnico

- Indio estadounidense o nativo de Alaska Hispano
 Asiático No hispano
 Nativo de Hawái
 Negro o afroamericano
 Blanco
 Otro tipo

Idioma de su preferencia

- Inglés
 Español,
Otro _____

Marque aquí si se niega a responder.

Consentimiento para el tratamiento



COLUMBIA GORGE
FAMILY MEDICINE

Fecha de hoy:

Fecha de nacimiento:

(mm/dd/aaaa)

(mm/dd/aaaa)

1750 12th Street
Hood River, OR 97031

Teléfono: 541-386-5070Á
Fax: ~~541-386-7190Á~~
Sitio web: www.cgfm.com

Nombre Paciente:

(apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)

Consentimiento para el tratamiento: Doy mi consentimiento de manera voluntaria para recibir atención, incluido el tratamiento y la realización de procedimientos de diagnóstico. Entiendo que recibo atención del médico que me atiende y estoy bajo su supervisión, y que es responsabilidad del personal seguir las instrucciones de dicho médico. Este consentimiento es válido hasta que se lo revoque por escrito o se otorgue un nuevo consentimiento.

Entrega de información: Al firmar este formulario, otorga su consentimiento a Columbia Gorge Family Medicine para utilizar y entregar la información protegida sobre su salud para los fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Nuestro Aviso sobre prácticas de privacidad está disponible en la recepción y también en nuestro sitio web (CGFM.com). Tiene el derecho legal de revisar nuestro Aviso sobre prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento y le sugerimos que lo lea en su totalidad.

Nuestro Aviso sobre prácticas de privacidad está sujeto a cambios. Si cambiamos nuestro aviso, puede obtener una copia del aviso modificado visitando nuestra oficina, sitio web (CGFM.com) o llamando a nuestra oficina al 541-386-5070. Tiene derecho a limitar la manera en que usamos y entregamos la información protegida sobre su salud para los fines de tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica, pero la ley no nos exige que aprobemos su solicitud.

Consentimiento de Medicare y Medicaid para la entrega de información: Hago constar que es correcta la información que he proporcionado al solicitar el pago conforme al Título XVIII y/o Título XI de la Ley de seguridad social. Autorizo a cualquiera que cuente con información médica o de otro tipo sobre mí a entregar a la administración de seguro social o a sus prestadores intermediarios toda información necesaria para este reclamo de Medicare o alguno relacionado.

Asignación de beneficios: Por medio del presente autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente a Columbia Gorge Family Medicine. Entiendo que soy responsable de pagar los servicios no cubiertos y cualquier copago y/o deducible restante. También autorizo a CGFM a entregar cualquier información necesaria en el procesamiento de este reclamo.

~~Yo~~ tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que ya hayamos utilizado o entregado la información protegida sobre su salud de conformidad con su consentimiento. La fecha de entrada en vigencia de un consentimiento revocado por escrito será la fecha en que sea recibido y agregado en el expediente medico.

Datos de las recetas: Autorizo a Columbia Gorge Family Medicine a obtener información sobre mis recetas de las farmacias y otras fuentes externas para coordinar mejor la atención médica que recibo.

Si: ~~AAA~~ No:

Derechos de revocación

Dcmia j'W'bgYbHja jYbhc`a IUg`Ui hcf]nUW]cbYg'y UWdHuf`Y`hfUHa jYbhc`a fX]W'XY7c`i a V]U; cf[Y: Ua]'miA YX]W]bY" Esta autorización permanecerá vigente hasta que se firme una nueva o se realice una revocación por escrito.

Firmado el

(mm/dd/aaaa)

by

Firma del paciente

Firmado el

(mm/dd/aaaa)

by

Firma del padre, de la madre, del tutor o del representante legal

Cualquier persona que aparece a continuación tiene mi permiso para autorizar tratamiento médico para mí / este paciente. Estas mismas personas tienen el derecho de discutir mi cuidado de salud con representantes de la clínica con propósitos de tratamiento, facturación o opciones de cuidado de la salud.

1) Nombre: _____
Relación con paciente _____ Numero teléfono _____

2) Nombre: _____
Relación con paciente _____ Numero teléfono _____

3) Nombre: _____
Relación con paciente _____ Numero teléfono _____

Antecedentes médicos



COLUMBIA GORGE
FAMILY MEDICINE

Fecha de hoy: _____
(mm/dd/aaaa)

Fecha de nacimiento: _____
(mm/dd/aaaa)

1750 12th Street
Hood River, OR 97031

Teléfono: 541-386-5070
Fax: 541-386-7190
Sitio web: www.cgfm.com

Nombre Paciente: _____
(apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)

Problemas médicos

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Hospitalizaciones? ¿Por qué lo hospitalizaron? ¿Cuándo? ¿Dónde?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Indique todos los medicamentos que usa actualmente y la frecuencia con la que lo hace.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

¿Tiene alguna alergia? No Si _____
(Indique cualquier alergia)

Indique los familiares, su relación con usted y alguna otra persona que viva con usted

1. _____
2. _____
3. _____

4. _____
5. _____
6. _____

Antecedentes sociales del paciente:

- Estado civil: Soltero Casado Separado Divorciado Viudo
- Consumo de alcohol: Nunca Dejé de hacerlo Sí Si la respuesta es "sí", ¿cuánto? _____
- Consumo de tabaco: Nunca Dejé de hacerlo Sí Si la respuesta es "sí", ¿cuánto? _____
- Uso de drogas ilegales: Nunca Dejé de hacerlo Sí Si la respuesta es "sí", ¿qué tipo? _____

¿Hay algo acerca de la situación en la que vive actualmente que debemos saber? _____

Antecedentes familiares ¿Su familia tiene antecedentes de cáncer, diabetes, enfermedades cardíacas, glaucoma, melanoma u otros problemas médicos graves?

- Madre: _____ Padre: _____ Hermano/Hermana1: _____
- Abuela materna: _____ Abuela paterna: _____ Hermano/Hermana2: _____
- Abuelo materno: _____ Abuelo paterno: _____ Hermano/Hermana3: _____
- Otros antecedentes médicos familiares: _____ Hermano/Hermana4: _____

Salud de las mujeres adultas (únicamente para las pacientes de sexo femenino)

- último periodo menstrual: _____ Cantidad de embarazos: _____ Fecha del último Papanicolaou: _____
- Primer periodo menstrual: _____ Cantidad de bebés que nacieron _____ ¿Antecedentes de resultados
anormales en el Papanicolaou? _____
- Método de control de natalidad actual: _____ con vida: _____ Fecha de la última mamografía: _____
- Complicaciones del embarazo: _____