

Lugar: Neumología de Pinehurst Medical Clinic - Pinehurst  
205 Page Road  
Pinehurst, NC 28374

Estimado paciente nuevo de Neumología de Pinehurst Medical Clinic – Pinehurst,

Nos complace darle la bienvenida como nuevo paciente de Neumología de Pinehurst Medical Clinic - Pinehurst. Para garantizar la mejor experiencia posible durante su próxima visita, tenga en cuenta lo siguiente:

1. Planee llegar al menos 15 minutos antes de la hora programada de su cita para evitar demoras.
2. Traiga su(s) tarjeta(s) de seguro médico y medicamentos con usted el día de su cita. Para encontrar una lista de pagadores contratados por PMC o para revisar información adicional sobre seguros, visite [pinehurstmedical.com/resources-category/insurance](http://pinehurstmedical.com/resources-category/insurance)
3. Complete su papeleo de nuevo paciente antes de venir a su cita. Si necesita que le envíen una copia impresa por correo, llame al (910) 695-2161 para solicitarla. Espere al menos 2 días hábiles para que se procese su solicitud y entre 5 y 7 días hábiles adicionales para recibir una copia impresa por correo.
4. Si se necesitan registros médicos anteriores, nuestra oficina puede comunicarse con usted para hacer arreglos para obtener los registros.
5. Si es un paciente nuevo que está siendo atendido por problemas de neumología y se ha realizado recientemente pruebas o imágenes **fuera del sistema FirstHealth**, traiga copias de esos registros y los discos CD de las imágenes a su cita. *Si lo refieren a nosotros por una tomografía computarizada anormal, usted **debe** traer una copia de la tomografía computarizada en un disco CD.*
6. Una vez que haya establecido la atención, para necesidades urgentes fuera del horario de atención, llame a la oficina y siga las instrucciones para comunicarse con el proveedor de guardia.

*Neumología y medicina del sueño de Pinehurst Medical Clinic, le pedimos amablemente a usted y a cualquier persona que lo acompañe a su cita **abstenerse** de usar lociones perfumadas, perfumes y/o colonias, ya que muchos de nuestros pacientes son sensibles a estos productos. Si usted o cualquier persona que lo acompañe no cumple con esta política, es posible que se le pida que re programe la cita.*

Esperamos verle pronto. En caso de que necesite cancelar su cita, le pedimos que nos avise con al menos 24 horas de anticipación.

Atentamente,  
PMC Neumología  
(910) 295-9359

## FORMULARIO DE REGISTRO

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

<b>Nombre del paciente:</b>		
<b>Dirección:</b>		
<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código postal:</b>
<b>Teléfono de casa:</b>		
<b>Teléfono móvil:</b>	<b>Otro teléfono:</b>	
<b>Correo electrónico del paciente:</b>		
<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
<b>Estado civil:</b> <input type="checkbox"/> Casado: <input type="checkbox"/> Soltero: <input type="checkbox"/> Divorciado: <input type="checkbox"/> Viudo: <input type="checkbox"/> Desconocido		
<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Amerindio/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido		
<b>Origen étnico:</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano		
<b>Idioma principal:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____		
<b>Número de seguro social:</b>		
<b>Médico de atención primaria:</b>		

### INFORMACIÓN DE EMPLEADOR

<b>Situación laboral:</b> <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Trabajador independiente <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desabilitado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Desempleado
<b>Nombre del empleador:</b>
<b>Teléfono del empleador</b>

### CONTACTO DE EMERGENCIA

<b>Nombre del contacto de emergencia:</b>
<b>Relación con el paciente:</b>
<b>Teléfono del contacto de emergencia:</b>

### INFORMACIÓN DE PERSONA RESPONSABLE

<b>Nombre de padre/madre/tutor:</b>		
<b>Dirección:</b>		
<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código postal:</b>
<b>Teléfono:</b>		

### INFORMACIÓN DE SEGURO

<b>Aseguradora:</b>	
<b>Número de póliza/grupo:</b>	<b>En vigor desde:</b>
<b>Nombre del suscriptor:</b>	<b>Relación del paciente con el asegurado:</b>
<b>SSN del suscriptor:</b>	<b>FDN del suscriptor:</b>
<b>Empleador del suscriptor:</b>	<b>Sexo del suscriptor:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

**CUESTIONARIO DE NUEVO PACIENTE**

Medicina pulmonar y del sueño

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Proveedor que refiere: \_\_\_\_\_

Proveedor de atención primaria: \_\_\_\_\_

Está programado para un problema pulmonar (pulmón) con \_\_\_\_\_

Está programado para un problema de medicina del sueño con \_\_\_\_\_

¿Cuál es su principal problema pulmonar o del sueño?

\_\_\_\_\_

**Estado civil:** Soltero                      Casado                      Divorciado                      Viudo

**Profesión:** \_\_\_\_\_ **Jubilado:**

**Nivel de Educación** \_\_\_\_\_

**Actividades de ocio – Pasatiempos:** \_\_\_\_\_

**Historial médico:**

Enumere las enfermedades actuales o pasadas por las que **usted** recibe o ha recibido tratamiento:

**No tengo condiciones médicas diagnosticadas actualmente**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta   | <input type="checkbox"/> Diabetes                              | <input type="checkbox"/> Colesterol alto  |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho/ataques al corazón                                       | <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular / palpitaciones | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva                              |
| <input type="checkbox"/> Válvula cardíaca Ds/Soplo   | <input type="checkbox"/> Derrame                               | <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica                                 |
| <input type="checkbox"/> Fibrosis pulmonar   | <input type="checkbox"/> Asma                                  | <input type="checkbox"/> EPOC <input type="checkbox"/> Enfisema                         |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión Pulmonar   | <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre                    | <input type="checkbox"/> Cáncer: _____  |
| <input type="checkbox"/> Sarcoidosis   | <input type="checkbox"/> Acidez estomacal/reflujo              | <input type="checkbox"/> Alergias/fiebre del heno                                       |
| <input type="checkbox"/> Neumonía  | <input type="checkbox"/> Infecciones de los sinusales          | <input type="checkbox"/> Infecciones de oído <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) |
| <input type="checkbox"/> Previamente diagnosticado con apnea del sueño                           | <input type="checkbox"/> COVID-19                              |   |
| <input type="checkbox"/> Si padece apnea del sueño, ¿utiliza actualmente una máquina CPAP? _____ |  |   |

Otras condiciones:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_

**Historial quirúrgico:** Por favor enumere cualquier operación que **usted** ha tenido.

**Nunca he tenido ninguna cirugía**

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vesícula biliar   | <input type="checkbox"/> Apéndice:             | <input type="checkbox"/> Anginas                  | <input type="checkbox"/> Tubos para los oídos |
| <input type="checkbox"/> Bypass de corazón | <input type="checkbox"/> Válvula del corazón   | <input type="checkbox"/> Marcapasos/desfibrilador | <input type="checkbox"/> Cirugía vascular     |
| <input type="checkbox"/> Espalda           | <input type="checkbox"/> Cadera                | <input type="checkbox"/> Rodilla                  | <input type="checkbox"/> Hombro               |
| <input type="checkbox"/> Biopsia de pulmón | <input type="checkbox"/> Extirpación de pulmón | <input type="checkbox"/> Broncoscopia             |   |

Otras Cirugías:

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 3. _____ |
| 2. _____ | 4. _____ |
| 5. _____ | 6. _____ |

**Historial familiar:** Marque si algún **familiar cercano** ha tenido alguna de las siguientes:

- |  |                                |                                |                                   |                                |       |
|--|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Cáncer                            | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermanos | <input type="checkbox"/> Niños | _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas pulmonares              | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermanos | <input type="checkbox"/> Niños | _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos               | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermanos | <input type="checkbox"/> Niños | _____ |
| <input type="checkbox"/> Problema de coagulación sanguínea | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermanos | <input type="checkbox"/> Niños | _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas para dormir             | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermanos | <input type="checkbox"/> Niños | _____ |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta             | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermanos | <input type="checkbox"/> Niños | _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                          | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermanos | <input type="checkbox"/> Niños | _____ |

¿Otros problemas? \_\_\_\_\_ Quién Qué: \_\_\_\_\_

**Medicamentos que está tomando actualmente y dosis/frecuencia de cada uno:** Incluya cualquier medicamento de venta libre.

**Actualmente no estoy tomando ningún medicamento recetado.**

- |   |  |  |  |   |                                   |                                     |
|---|--|--|--|---|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Albuterol (Proair, Proventil, Ventolin, Xopenex) | <input type="checkbox"/> Atrovent        | <input type="checkbox"/> Combivent               |  |   |                                   |                                     |
| <input type="checkbox"/> Flovent  | <input type="checkbox"/> Arnuity         | <input type="checkbox"/> Asmanex                 | <input type="checkbox"/> Pulmicort                 | <input type="checkbox"/> Qvar               | <input type="checkbox"/> Alvesco  | <input type="checkbox"/> Aerospan   |
| <input type="checkbox"/> Advair   | <input type="checkbox"/> Breo            | <input type="checkbox"/> Symbicort               | <input type="checkbox"/> Dulera                    | <input type="checkbox"/> Nebulizador: _____ |                                   |                                     |
| <input type="checkbox"/> Serevent   | <input type="checkbox"/> Striverdi       | <input type="checkbox"/> Arcapta                 | <input type="checkbox"/> Spiriva                   | <input type="checkbox"/> Incruse            | <input type="checkbox"/> Tudorza  | <input type="checkbox"/> Seebri     |
| <input type="checkbox"/> Anoro  | <input type="checkbox"/> Stiolto         | <input type="checkbox"/> Bevespi                 | <input type="checkbox"/> Utibrón                   | <input type="checkbox"/> Singulair          | <input type="checkbox"/> Daliresp | <input type="checkbox"/> Prednisona |
| <input type="checkbox"/> Teofilina  | <input type="checkbox"/> Flonase/Nasonex | <input type="checkbox"/> Claritin/Zyrtec/Allegra | <input type="checkbox"/> Omeprazol/Nexium/Prilosec |   |                                   |                                     |

Otros:

- |          |           |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 10. _____ |
| 2. _____ | 11. _____ |
| 3. _____ | 12. _____ |
| 4. _____ | 13. _____ |
| 5. _____ | 14. _____ |
| 6. _____ | 15. _____ |
| 7. _____ | 16. _____ |
| 8. _____ | 17. _____ |
| 9. _____ | 18. _____ |

## **Alergias a Medicamentos:**

**No tengo alergias conocidas a medicamentos.**

1. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

## **Vacunas: ¿última recibida?**

- Vacuna contra la gripe: \_\_\_\_\_  
 COVID-19: \_\_\_\_\_  
 Neumonía:  Pneumovax (23): \_\_\_\_\_  Prevnar (13): \_\_\_\_\_

## **Historial social**

### Estado de tabaquismo:

- Nunca  
 Años fumado: \_\_\_\_\_ Edad de inicio \_\_\_\_\_ Paquetes por día:  
 Fecha de renuncia \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ hace meses/años  
 Vivía con alguien que fumaba: #Años \_\_\_\_\_  
Consumo de alcohol:  Ninguno  Bebidas por día: \_\_\_\_\_ Semana: \_\_\_\_\_  
Consumo de cafeína:  Ninguno  Bebidas por día: \_\_\_\_\_ Semana: \_\_\_\_\_

### **Historial Ocupacional: ¿Alguna vez ha trabajado o estado expuesto a lo siguiente?**

- Amianto:  Sílice o polvo de carbón  Muebles/Aserraderos  
 Fábricas de algodón o textiles:  Humos de soldadura  
 Químicos Tóxicos/Industriales: \_\_\_\_\_  
 Alguien con tuberculosis ACTIVA "TB"

### **Mascotas actuales:** Gatos Perros Aves Otro: \_\_\_\_\_

Marque cualquier síntoma que tenga ahora o tuvo en el pasado "reciente".

### **Salud general** Sin síntomas

- Fiebre  Malestar/falta de energía  Sin apetito  
 Escalofríos con temblores  Fatiga  Sudores nocturnos empapados  
 Pérdida de peso reciente

### **Otorrinolaringología** Sin síntomas

- Dolor de garganta  Congestión nasal  Dolor de oídos  
 Garganta irritada  Secreción nasal  Pérdida de la audición  
 Ronquera  Estornudos  Manchas blancas en la boca  
 Hemorragias nasales  Ronquidos  Dolor de sinusitis  
 Cambios visuales  Síntomas oculares  Deja de respirar mientras duerme

### **Cardiovascular:**

#### Sin síntomas

- Dolor en el pecho  Corazón acelerado  Edema de pierna  
 Palpitaciones  Mareo ligero

**Pulmonar:**     Sin síntomas

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Falta de aliento (SOB)         | <input type="checkbox"/> Tos                       | <input type="checkbox"/> Esputo claro                  |
| <input type="checkbox"/> Jadear                         | <input type="checkbox"/> Tos seca                  | <input type="checkbox"/> Esputo coloreado              |
| <input type="checkbox"/> Tos productiva                 | <input type="checkbox"/> Tosiendo sangre           | <input type="checkbox"/> SOB empeora estando acostado  |
| <input type="checkbox"/> Incapaz de toser esputo        | <input type="checkbox"/> Tos al comer              | <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho al respirar |
| <input type="checkbox"/> Dormir erguido/Almohadas extra | <input type="checkbox"/> Despertar en la noche SOB |  |

**Gastrointestinal - Estómago e Intestinos:**     Sin síntomas

- |   |                                  |  |
|---|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor abdominal            | <input type="checkbox"/> Náuseas | <input type="checkbox"/> Estreñimiento                   |
| <input type="checkbox"/> Distensión abdominal       | <input type="checkbox"/> Vómitos | <input type="checkbox"/> Sangre roja brillante por recto |
| <input type="checkbox"/> Calambres abdominales      | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Melena/taburete pegajoso negro  |
| <input type="checkbox"/> Dolor menstrual            | <input type="checkbox"/> Acidez  | <input type="checkbox"/> Vómitos con sangre              |
| <input type="checkbox"/> Incapaz de expulsar flatos |                                  |  |

**Urinario:**     Sin síntomas

**Específico femenino**

**Específico masculino**

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor al orinar     | <input type="checkbox"/> Dolor suprapúbico  | <input type="checkbox"/> D/c vaginal maloliente    | <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria |
| <input type="checkbox"/> Frecuencia urinaria | <input type="checkbox"/> Dolor pélvico      | <input type="checkbox"/> Período menstrual perdido | <input type="checkbox"/> Vacilación urinaria    |
| <input type="checkbox"/> Urgencia urinaria   | <input type="checkbox"/> Orina oscura       | <input type="checkbox"/> Sospecha de embarazo      | <input type="checkbox"/> Nicturia               |
| <input type="checkbox"/> Dolor de costado    | <input type="checkbox"/> Sangre en la orina | <input type="checkbox"/> Dolor menstrual           | <input type="checkbox"/> Dolor testicular       |

**Musculoesquelético:**     Sin síntomas

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor articular difuso      | <input type="checkbox"/> Inflamación de articulaciones  | <input type="checkbox"/> Dolor en otras articulaciones |
| <input type="checkbox"/> Dolor muscular generalizado | <input type="checkbox"/> Rigidez articular              | <input type="checkbox"/> Cojeando                      |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda            | <input type="checkbox"/> Espasmo muscular de la espalda |  |

**Piel y senos:**     Sin síntomas

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Erupción        | <input type="checkbox"/> Eritema            | <input type="checkbox"/> Nódulo                       |
| <input type="checkbox"/> Lesiones        | <input type="checkbox"/> Edema              | <input type="checkbox"/> Placa                        |
| <input type="checkbox"/> Herida          | <input type="checkbox"/> Escalada           | <input type="checkbox"/> Pápula                       |
| <input type="checkbox"/> Picor           | <input type="checkbox"/> Ampolla            | <input type="checkbox"/> Pústula                      |
| <input type="checkbox"/> Úlcera          | <input type="checkbox"/> Dolor en los senos | <input type="checkbox"/> Dolor sin sarpullido o dolor |
| <input type="checkbox"/> Úlceras de boca | <input type="checkbox"/> Parche             | <input type="checkbox"/> Bulto en el pecho            |

**Neurológicos:**     Sin síntomas

- |  |  |   |                                  |
|--|--|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Parestesia/alfileres y agujas | <input type="checkbox"/> Debilidad en las piernas | <input type="checkbox"/> Desmayo |
| <input type="checkbox"/> Confusión       | <input type="checkbox"/> Parestesia estando sentado    | <input type="checkbox"/> Hormigueo                |                                  |
| <input type="checkbox"/> Mareo           | <input type="checkbox"/> Entumecimiento de la pierna   | <input type="checkbox"/> Dificultad para caminar  |                                  |

---

**IMPORTANTE**

Si se ha hecho **tomografías computarizadas** y/o **radiografías de tórax** por favor traiga el disco CD-ROM a su cita.

No necesitará el disco si se las hizo en alguna de las siguientes:

FirstHealth of the Carolina: todos los hospitales y clínicas

Scotland Memorial Hospital

Pinehurst Medical Clinic

Pinehurst Surgical Clinic

Valley Regional Imaging

**Cuestionario sobre el sueño:**

¿Usted ronca?  Sí  No  No sé

Si es así, ¿es ruidoso?  Sí  No  No sé

¿Hace cuánto tiempo que sucedió? \_\_\_\_\_

meses/años ¿Está empeorando?  Sí  No

No sé

¿En qué posiciones ronca?  Solo boca arriba  Todas las posiciones

¿Sus ronquidos son peores estando boca arriba?  Sí  No  no sé

¿Ronca si se quedas dormido en una silla?  Sí  No  no sé

¿Sus ronquidos molestan a alguien?  Sí  No ¿A quien? \_\_\_\_\_

¿Alguien ha visto que deja de respirar cuando duerme?  Sí  No

¿Alguna vez se despierta del sueño por sus propios ronquidos, jadeos o sensación de ahogo?  Sí  No

¿Sufre alguno de los siguientes por la mañana?  Boca seca  Dolores de cabeza  Ninguno

¿Suele sentirse somnoliento durante el día?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuántos días a la semana? \_\_\_\_\_

¿Cuándo comenzó esto? \_\_\_\_\_ meses/años

¿Está empeorando?  Sí  No  No sé

¿Alguna vez ha sentido una pérdida repentina de fuerza en respuesta a experiencias emocionales?  Sí  No

¿Alguna vez se ha sentido paralizado cuando se acaba de despertar o cuando se queda dormido?  Sí  No

¿Alguna vez ha tenido visiones vívidas o amenazantes justo antes de quedarse dormido?  Sí  No

¿Camina dormido?  Sí  No  No sé

¿Hablas dormido?  Sí  No  No sé

¿Tiene pesadillas?  Sí  No

¿Alguna vez se orina accidentalmente en la cama?  Sí  No

¿A qué hora es que regularmente se va a la cama? \_\_\_\_\_ pm/am ¿A qué hora se despierta? \_\_\_\_\_ am/pm

¿Cuánto tiempo tarda en quedarse dormido? ¿\_\_\_\_\_ minutos? ¿\_\_\_\_\_ horas?

¿Cuántas veces se despierta en medio de la noche? \_\_\_\_\_

¿Es capaz de volver a dormirse fácilmente después de estos despertares nocturnos?  Sí  No  No siempre

Escala de Somnolencia Epworth: Por favor califique su **posibilidad de dormir** en las siguientes situaciones.

0 – NUNCA dormiría

1 - LIGERA probabilidad

2 – probabilidad MODERADA

3 – ALTA probabilidad

\_\_\_ Sentado y leyendo

\_\_\_ Viendo la TV

\_\_\_ Sentado inactivo en público

\_\_\_ De pasajero en un automóvil sin descansos

\_\_\_ Mientras se recuesta durante la tarde para descansar

\_\_\_ Mientras está sentado y conversando con alguien

\_\_\_ Mientras está sentado tranquilamente luego de almorzar habiendo/sin haber bebido alcohol

\_\_\_ En un coche, detenido en el tráfico durante unos minutos

¿Alguna vez ha tenido un accidente de tráfico o ha estado a punto de sufrirlo mientras conducía debido a la somnolencia?

Sí  No

¿Sufre de problemas de memoria?  Sí  No

¿Toma siestas durante el día?  Sí  No

¿Cuántas por semana? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo duerme siestas en promedio? \_\_\_\_\_ minutos

¿Las siestas son refrescantes?  Sí  No

Califique la gravedad de su somnolencia diurna en una escala del 1 al 10. \_\_\_\_\_

¿Alguna vez experimenta inquietud o molestias en las piernas, especialmente por las noches?  Sí  No

¿Interfiere con el sueño?  Sí  No

¿Mueve o pateo las piernas mientras duerme?  Sí  No  No sé

-----  
-----

### IMPORTANTE

Si se ha hecho un **Estudio del sueño** en otro centro, **por favor traiga copias del estudio** con usted o envíe informes por fax a:

Fayetteville (910) 420-1618 Pinehurst (910) 235-3401 Sanford (919) 292-1205



***Autorización para la divulgación de información médica  
confidencial a la familia de Pinehurst Medical Clinic***

Doy mi consentimiento para que se divulgue la siguiente información médica protegida sobre mí a los siguientes familiares o personas que participan en mi atención médica o que pagan por esta:

1. \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Marque todas las que correspondan:

- Toda mi información médica
- Información necesaria para programar mis citas
- Resultados de pruebas o de laboratorio
- Información necesaria para proporcionar, pedir o recoger mis recetas
- Información necesaria para que mis familiares recojan o dispongan de equipo médico para mí
- Información necesaria para facturar o presentar reclamaciones por la atención que se me ha prestado a pagadores de seguros gubernamentales o privados

Mi consentimiento permanecerá en vigor mientras sea paciente de Pinehurst Medical Clinic, a menos y hasta que notifique a Pinehurst Medical Clinic por escrito de cualquier cambio.

Nombre del paciente (en letra de molde): \_\_\_\_\_

Firma del paciente/tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

N.º de cuenta \_\_\_\_\_

**Reconocimiento y autorización del paciente**

Escriba sus iniciales en cada una de las secciones y firme a continuación para indicar su reconocimiento y autorización.

**Política de pago del paciente**

He leído y entiendo la política de pago del paciente de Pinehurst Medical Clinic, Inc. y estoy de acuerdo en pagar por el tratamiento prestado a mí/al paciente.

**Aviso sobre prácticas de privacidad**

Entiendo que Pinehurst Medical Clinic, Inc. utilizará y divulgará mi información médica/la información médica del paciente para fines de tratamiento, pago y operaciones médicas, según lo permita la ley. Puede encontrar más información en el aviso de prácticas de privacidad que se me ha ofrecido.

**Asignación de beneficios del seguro**

Autorizo el pago de beneficios médicos a Pinehurst Medical Clinic, Inc. y por la presente cedo a Pinehurst Medical Clinic, Inc. y a los profesionales involucrados en mi cuidado/el cuidado del paciente, todos los derechos y reclamos de reembolso de cualquier póliza de seguro médico privado, Medicare, Medicaid o cualquier otro programa que identifique para el cual los beneficios puedan estar disponibles para pagar los servicios que se me proporcionan/proporcionados al paciente.

**Consentimiento para el tratamiento**

Yo, el paciente/representante legal del paciente, por el presente concedo permiso a Pinehurst Medical Clinic, Inc. y a sus representantes autorizados para realizar los exámenes/tratamientos que se consideren necesarios o aconsejables para diagnóstico y tratamiento.

**Derechos y responsabilidades del paciente**

Entiendo que tengo el derecho y la responsabilidad de participar en mi cuidado y tratamiento/el cuidado y tratamiento del paciente. Entiendo que tengo derecho a ser informado sobre el tratamiento que se recomienda y la responsabilidad de hacer preguntas si no lo entiendo. Me comprometo a proporcionar información precisa y completa sobre mi historial médico y mi dolencia/el historial médico y la dolencia del paciente, a acordar un plan de tratamiento y a seguir dicho plan. Entiendo que los proveedores de atención médica de Pinehurst Medical Clinic me tratarán con respeto y acepto hacer lo mismo por ellos.

**Nombre del paciente (en letra de molde):** \_\_\_\_\_**Firma del paciente/tutor legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Política de pago del paciente de Pinehurst Medical Clinic**

1. El pago debe efectuarse en el momento del servicio. Esto podría incluir deducibles, copagos, coseguro y servicios no cubiertos por una aseguradora.
  2. Los pagos pueden efectuarse en efectivo, con cheque, giro postal, MasterCard, Visa, Discover o American Express.
  3. Es posible que reciba una factura por separado por los servicios prestados por un proveedor de FirstHealth Cardiology & Specialty Clinic en PMC.
  4. Los pacientes sin seguro pueden recibir un descuento por el pago completo el día en que se prestan los servicios. Tendrá que hablar con un representante de cuentas de pacientes.
  5. Se aplicará un cargo por no presentarse si no acude a su cita programada sin avisar con 24 horas o más de antelación de su cancelación. Si cancela su cita o falta tres (3) veces consecutivas puede dar como resultado que lo retiren de Pinehurst Medical Clinic. Los cargos por no presentarse son de \$75 por una visita al consultorio de un paciente nuevo, \$25 por una visita al consultorio de un paciente establecido y entre \$25 y \$250 por citas para procedimientos/pruebas.
  6. Los pacientes pueden tener que pagar un cargo por rellenar los formularios.
  7. Los pacientes que consideren que su nivel de ingresos no es suficiente para permitirles pagar la cantidad que deben pueden solicitar ayuda financiera mediante una solicitud. Esta solicitud puede obtenerse a través de uno de nuestros representantes financieros o por el número de teléfono indicado anteriormente. Tenga en cuenta que, en general, la ayuda financiera solamente se concede a los pacientes cuyos ingresos familiares sean iguales o inferiores al 150 % de los límites federales de pobreza.
  8. Los saldos adeudados después de que su seguro haya pagado se reflejarán en los resúmenes de facturación enviados a la dirección del paciente, o de la parte responsable. El monto adeudado en el resumen de facturación vence en su totalidad al recibirlo. Si no puede pagar la totalidad del monto adeudado, es su responsabilidad llamar a Servicios Financieros para analizar otros acuerdos de pago.
  9. Los cargos impagos facturados a su seguro aparecerán en su resumen e indicarán que están pendientes de respuesta por parte de la aseguradora. Si un cargo ha sido presentado a su seguro durante más de 60 días sin respuesta, póngase en contacto con su aseguradora. Si el cargo sigue sin pagarse, puede convertirse en su responsabilidad financiera.
  10. Es importante recordar que la cobertura del seguro médico y los planes varían, y que no todos los cargos serán cubiertos o pagados en su totalidad. Si su seguro rechaza un servicio o no lo paga en su totalidad, usted es responsable de pagar el saldo restante.
  11. Los servicios recibidos como consecuencia de un accidente deben ser pagados de inmediato. No permitimos tiempo adicional para el pago cuando el accidente ocasiona una demanda o caso de seguro.
  12. Si su seguro médico requiere una autorización previa o un referido, es su responsabilidad asegurarse de obtenerla antes de recibir los servicios.
  13. Las visitas de pacientes nuevos se codifican según los estándares de la industria en función de si el paciente es nuevo en la especialidad o subespecialidad. Consulte el siguiente enlace para obtener información adicional: <https://www.aapc.com/blog/41276-new-vs-established-patients-whos-new-to-you/>
  14. El incumplimiento del pago de un saldo adeudado puede dar lugar a una o varias de las siguientes consecuencias:
    - a. Se puede remitir su cuenta a una agencia de cobros.
    - b. Se puede comunicar su situación de morosidad a las agencias de crédito correspondientes.
    - c. Su capacidad para recibir servicios de Pinehurst Medical Clinic puede verse comprometida.
  15. Los códigos de facturación reflejarán todos los servicios prestados durante una cita; por ejemplo, si durante una visita anual de bienestar se trata un problema de salud nuevo o crónico, se aplicará una tarifa de copago, coseguro o deducible en función del plan de seguro del paciente. La evaluación y gestión de problemas de salud nuevos o crónicos no se considera parte de la visita anual de bienestar y es un servicio que se factura por separado.
- Animamos a quienes tengan preguntas sobre este documento normativo o sobre cualquier aspecto de su factura a que se pongan en contacto con nosotros llamando al (910) 295-9391 o al número gratuito**

**Acceda a su información de salud en línea**  
Donde lo necesite, cuando lo necesite.

*Desarrollado por FollowMyHealth*

**¡Un registro de salud personal y un portal para pacientes todo en uno que le permite acceder a su información de salud en línea y desde cualquier lugar!**



Ver resultados de pruebas y laboratorio



Reciba recordatorios de atención por correo electrónico



Envíe y recibe mensajes en línea seguros



Solicitar citas



Solicitar renovación de receta



Crear cuentas de representación para niños y adultos dependientes

*Para comenzar con una nueva cuenta, proporcione a la recepcionista su correo electrónico. Para iniciar sesión en una cuenta existente, escanee a continuación.*



**¿Preguntas?**

Llame al (910) 235-3380 o envíe un correo electrónico a [fmhsupport@pinehurstmedical.com](mailto:fmhsupport@pinehurstmedical.com)