



Pinehurst Medical Clinic

Lugar: Centro de trastornos del sueño de Pinehurst Medical Clinic
245 Page Road
Pinehurst, NC 28374

Estimado paciente nuevo del Centro de trastornos del sueño de Pinehurst Medical Clinic,

Nos complace darle la bienvenida como nuevo paciente del Centro de trastornos del sueño de Pinehurst Medical Clinic. 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
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 Medicina del sueño y ha visto a un médico anteriormente por problemas del sueño, traiga a su cita todos los registros y estudios del sueño que se ha realizado en el pasado. También puede enviarnos estos registros por fax antes de su cita a través del (919) 292-1205.
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 tutor.

*Aquí en 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.
Medicina del sueño PMC
(919) 292-1201

FORMULARIO DE REGISTRO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

| | | |
|---|---|-----------------------|
| Nombre del paciente: | | |
| Dirección: | | |
| Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| Teléfono de casa: | | |
| Teléfono móvil: | Otro teléfono: | |
| Correo electrónico del paciente: | | |
| Fecha de nacimiento: | Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | |
| Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado: <input type="checkbox"/> Soltero: <input type="checkbox"/> Divorciado: <input type="checkbox"/> Viudo: <input type="checkbox"/> Desconocido | | |
| Raza: <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 | | |
| Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano | | |
| Idioma principal: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |
| Número de seguro social: | | |
| Médico de atención primaria: | | |

INFORMACIÓN DE EMPLEADOR

| |
|--|
| Situación laboral: <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 |
| Nombre del empleador: |
| Teléfono del empleador |

CONTACTO DE EMERGENCIA

| |
|---|
| Nombre del contacto de emergencia: |
| Relación con el paciente: |
| Teléfono del contacto de emergencia: |

INFORMACIÓN DE PERSONA RESPONSABLE

| | | |
|-------------------------------------|----------------|-----------------------|
| Nombre de padre/madre/tutor: | | |
| Dirección: | | |
| Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| Teléfono: | | |

INFORMACIÓN DE SEGURO

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



Llegue 15 minutos antes de la hora programada de su cita

Cuestionario de medicina del sueño de Pinehurst Medical Clinic

Nombre: _____ Fecha: _____

Médico que refiere: _____

¿Por qué está viendo a un especialista del sueño? _____

Ayúdenos a conocerlo completando la parte de "Paciente" de este formulario

| PACIENTE | MÉDICO |
|--|---|
| <p>¿Cuándo comenzaron sus problemas de sueño? _____</p> <p>¿Algún problema para dormir durante la niñez o adolescencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si ha probado algún medicamento para dormir, ¿cuáles? _____ _____</p> <p>¿Está utilizando actualmente una ayuda para dormir, y cuál? _____</p> <p>Cuéntenos sobre su horario de sueño:</p> <p>¿Cuál es su hora de dormir entre semana? _____ de despertar? _____ hora de acostarse el fin de semana? _____ de despertar? _____</p> <p>¿Cuánto tiempo tarda en quedarse dormido? _____ minutos _____ horas. ¿A qué hora cena? _____ ¿Qué refrigerios/bebidas suele consumir después de la cena? _____</p> <p>¿Qué hace después de la cena? _____ _____</p> <p>¿Realiza alguna de las siguientes actividades en cama antes de la hora de dormir? <i>Marque todas las que correspondan:</i> Leer Ver TV Jugar Videojuegos Hablar por teléfono Usar teléfono celular, tableta o computadora</p> <p>¿Cuántas veces se despiertas en medio de la noche? _____ capaz de volver a dormir fácilmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No siempre</p> <p>¿Con qué frecuencia necesita levantarse para orinar mientras duerme? _____</p> <p>¿Qué hace cuando no puede dormir? _____ _____</p> <p>.....</p> <p>¿Trabaja fuera de casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>En caso afirmativo, ¿cuáles son sus horarios? _____</p> <p>¿Trabaja los fines de semana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Horario laboral? 1^{ro} 2^{do} 3^{ro}</p> <p>¿Jubilado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Es discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> | <p>IMC>35</p> <p>Edad>50</p> <p>Cuello:</p> <p>Género:</p> <p>Mallampati:</p> |

PACIENTE

MÉDICO

¿Toma siestas durante el día? Sí No
 ¿Cuántas por semana? _____
 ¿Cuánto tiempo duran? _____
 ¿A qué hora del día? _____
 ¿Las siestas son refrescantes? Sí No
 ¿Se adormece (quedarse dormido involuntariamente) por la tarde o por la noche?
 Sí No

.....

¿Alguna vez experimenta inquietud en las piernas antes de acostarse?
 No Sí: ¿cuántos días a la semana? _____
En caso afirmativo, ¿Interrumpe su sueño? Sí No
 ¿Mueve o patea las piernas mientras duerme? (*Compañero de cama se queja*)
 Yes No No sé

.....

¿Fuma actualmente? Sí No
 ¿Consumo bebidas alcohólicas habitualmente por la noche? Sí No
En caso afirmativo, ¿cuántas? _____
 ¿Toma bebidas con cafeína (café, té, refrescos)? Sí No
 ¿Cuántas antes de las 6 pm? _____ ¿Cuántas después de las 6 p. m.? _____
 ¿Toma algún tipo de bebida energética? Sí No
 En caso afirmativo, ¿cuántas y en qué horarios? _____
 Si usa alguna droga recreativa, por favor enumere: _____

.....

¿Ha sentido alguna vez la repentina pérdida de fuerza (brazos/piernas) en respuesta a las experiencias emocionales? Sí No
 ¿Alguna vez se ha sentido paralizado cuando se cuando acaba de despertar o al dormir?
 Sí No
 ¿Alguna vez ha tenido visiones vívidas o amenazantes mientras se está quedando dormido?
 Sí No
 ¿Camina dormido? Sí No
 ¿Habla mientras duerme? Sí No
 ¿Tiene pesadillas? Sí No
 ¿Alguna vez orina accidentalmente en la cama? Sí No

.....

¿Tiene sueño o está cansado durante el día? Sí No
 ¿Cuántos días de la semana? _____
 Cuando comenzó _____ semanas _____ meses _____ años
 ¿Está empeorando? Sí No
 ¿Ha estado a punto de sufrir un accidente al volante debido a la somnolencia?
 Sí No
 ¿Ha tenido problemas de concentración o pérdida de memoria?
 Sí No

PACIENTE

MÉDICO

Por favor califique sus posibilidades de **quedarse dormido** en las siguientes situaciones utilizando la siguiente escala:

- 0 - nunca dormiría
- 1 - ligera posibilidad de dormir
- 2 - probabilidad moderada de dormir
- 3 --- alta probabilidad de dormir

- _____ Sentado y leyendo
- _____ Viendo televisión
- _____ Sentado inactivo en un lugar público
- _____ Mientras va de pasajero en un automóvil sin descanso
- _____ Recostado descansando en la tarde cuando las circunstancias lo permiten
- _____ Mientras está sentado y conversando con alguien
- _____ Sentado tranquilamente después del almuerzo (sin alcohol)
- _____ En un automóvil, mientras se detuvo en el tráfico durante unos minutos

Califique la severidad de su **fatiga** durante el día:

0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10

Ninguno

Moderado

Severo

¿Le han diagnosticado apnea del sueño? Sí No
En caso afirmativo, ¿está en tratamiento con CPAP? Sí No
Si no, por favor conteste lo siguiente:

¿Ronca? Sí No
Si es así, ¿es ruidoso? Sí No
¿Está empeorando? Sí No
¿Ronca boca arriba? Sí No ¿En una silla? Sí No
¿Jadea o se ahoga durante el sueño? Sí No
¿Alguien ha visto que deja de respirar cuando duerme? Sí No
¿Se despierta con la boca seca? Sí No A veces
¿Dolor de cabeza? Sí No A veces

Cuestionario de Salud:

Alergias: _____ Ninguna

Enumere cualquier enfermedad/afección médica actual o pasada por la que haya sido tratado:

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

Anote todos los medicamentos actuales: Si es paciente de PMC, esto no es necesario.

1. _____ 5. _____
2. _____ 6. _____
3. _____ 7. _____
4. _____ 8. _____

**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 realizarse 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. Tres (3) cancelaciones de citas consecutivas o no presentarse pueden ocasionar que lo retiren de Pinehurst Medical Clinic. Los cargos por no presentarse son de 75 dólares por una visita al consultorio de un paciente nuevo, 25 dólares por una visita al consultorio de un paciente establecido y entre 25 y 250 dólares por citas para procedimientos/pruebas.
6. Los pacientes pueden tener que pagar una tasa 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 antes de recibir los servicios. 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 documentos de facturación enviados a la dirección del paciente, o de la parte responsable,. El monto adeudado en el estado de cuenta vence en su totalidad al recibirlo. Si no puede pagar la totalidad del monto adeudado, es su responsabilidad llamarnos para analizar otros acuerdos de pago.
9. Los cargos impagos facturados a su seguro aparecerán en su documento 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 manera oportuna. En otras palabras, 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-nuevo-contr-a-establecido-pacientes-quien-es-nuevo-a-tú/>
14. La falta de pago de un saldo adeudado de manera oportuna puede ocasionar uno o más de los siguientes:
 - 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.

Animamos a quienes tengan preguntas sobre este documento normativo o sobre cualquier aspecto de su factura a que se pongan en contacto con nosotros por el (910) 295-9391 o el número gratuito (866) 327-327,3159.



Pinehurst Medical Clinic

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!



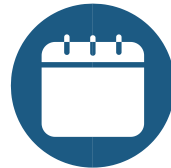
Ver resultados de pruebas y laboratorio



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