



# Pinehurst Medical Clinic

Lugar: Reumatología de Pinehurst Medical Clinic - West End  
4204 Murdocksville Road  
West End, NC 27376

Estimado paciente nuevo de Reumatología de Pinehurst Medical Clinic - West End,

Nos complace darle la bienvenida como nuevo paciente de Reumatología de Pinehurst Medical Clinic – West End. 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. 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.

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 Reumatología  
(910) 255-0055

## 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

**Reumatología de Pinehurst Medical Clinic Cuestionario de salud de paciente nuevo**

Para que su primera visita sea más personal y completa, ayude al proveedor a recopilar la información necesaria para ayudar en su plan de tratamiento de salud. Completar esto cuidadosamente con anticipación limitará las demoras en la sala de espera.

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

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Su salud es buena en general?  Sí  No

¿Cuáles son sus principales problemas médicos actuales?

---



---



---

¿Está siendo tratado por otro proveedor de atención médica actualmente? En caso afirmativo, indique a continuación:

---



---

¿Por qué condiciones médicas ha sido tratado en algún momento?

Condición	Fecha de aparición	Condición	Fecha de aparición
1.		6.	
2.		7.	
3.		8.	
4.		9.	
5.		10.	

¿Qué cirugías se ha hecho?

Cirugía	Fecha aproximada
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Para uso exclusivo del consultorio – MRN# \_\_\_\_\_

¿Qué recetas estás tomando? (Por favor traiga los frascos a su cita)

---

---

---

¿Qué medicamentos de venta libre, vitaminas y otros productos usa para su salud?

---

---

Enumere cualquier reacción alérgica que haya tenido a medicamentos:

---

---

*Historial familiar*

<b>Relación</b>	<b>¿Están vivos? (S/N)</b>	<b>Problemas de salud</b>
Madre		
Padre		
Hermanos		
Hijos		
Otros		

Usted tiene un historial familiar de: (Marque todas las que correspondan)

- Artritis       Osteoporosis       Lupus       Desorden autoinmune

*Historial social*

Estado civil:       Casado     Soltero     Divorciado     Viudo

¿Tiene hijos?

---

---

¿Qué tipo de trabajo hace (o hacía)?

---

---

Enumere cualquier afición en particular:

---

---

¿Alguna vez ha fumado?

**Si la respuesta es sí:** ¿Cuántos paquetes por día? \_\_\_\_\_ ¿Por cuántos años? \_\_\_\_\_

¿Fuma cigarrillos o pipas?  Sí  No

¿Alguna vez ha dejado de fumar o ha intentado dejar de fumar? En caso afirmativo, ¿cuándo?

---

---

¿Consume alcohol en la actualidad?

**Si la respuesta es sí:** ¿Cuántos tragos por día? \_\_\_\_\_ ¿Qué tipo de alcohol? \_\_\_\_\_

¿A qué hora del día? \_\_\_\_\_

**Si la respuesta es no:** ¿Alguna vez ha bebido? \_\_\_\_\_

¿Hace ejercicios regularmente?  Sí  No

Describa:

---

---

---

¿Usa drogas intravenosas o callejeras?  Sí  No

¿Maneja sangre o productos sanguíneos?  Sí  No

¿Qué tipo de dieta lleva?

---

---

---

### **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-contra-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.**

**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)