



Greensboro • Lake Oconee • Wellness Center • Milledgeville  
Formulario de Inscripción

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"/> Señorita
				<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"/> Lesbianas o homosexuales <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Elija no divulgar		Género <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Género Queer <input type="checkbox"/> Elija no divulgar		<input type="checkbox"/> Transgénero Mujer / Hombre-a-Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero Mujer / Mujer-a-Hombre <input type="checkbox"/> Otro _____	
		Dirección de correo electrónico			

**INFORMACIÓN ADICIONAL DEL PACIENTE**

Race <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Native Hawaiian <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native			Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano/Latino		
Idioma <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Otro _____		Sin hogar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Paciente de Vivienda Pública <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Tamaño de la Familia <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Elija no divulgar	Ingresos <input type="checkbox"/> \$ _____ <input type="checkbox"/> Elija no divulgar	Veterano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Elija no divulgar	Estado del Alumno <input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> No un estudiante	Trabajador Agrícola <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?  Sí  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 Oconee Valley Healthcare 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 Oconee Valley Healthcare 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 Oconee Valley Healthcare 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 Oconee Valley Healthcare 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 Oconee Valley Healthcare.

\_\_\_\_\_ **Inicial RECONOCIMIENTO DE COVID-19:** Entiendo que el nuevo coronavirus, que causa la enfermedad COVID-19, ha sido declarado una pandemia por la Organización Mundial de la Salud, es extremadamente contagioso y se cree que se transmite por contacto de persona a persona. Reconozco que el personal de Oconee Valley Healthcare ha implementado medidas preventivas razonables para reducir la propagación de COVID-19. Sin embargo, reconozco y acepto el riesgo de infectarse al buscar los servicios en persona en Oconee Valley Healthcare.

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

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



Greensboro • Lake Oconee • Wellness Center • Milledgeville

### 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 Oconee Valley Healthcare 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.



Greensboro • Lake Oconee • Wellness Center • Milledgeville

**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**

Oconee Valley Healthcare 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 Oconee Valley Healthcare 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 Oconee Valley Healthcare use mi teléfono celular para enviar mensajes de texto a los fines de recordatorios / actualizaciones de citas.

### POLÍTICAS DE OFICINA PARA

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:

Office Name	Address	Hours	Phone and Fax #
Administración	803 S. Main St. Greensboro, GA 30642	Mon. – Fri. 8 AM to 5 PM	Phone:(706) 453-1201 Fax: (706) 453-1441
Greensboro	803 S. Main St. Greensboro, GA 30642	Mon. – Fri. 8 AM to 6 PM	Phone:(706) 453-1201 Fax: (706) 454-0337
Farmacia	803 S. Main St. Greensboro, GA 30642	Mon. – Fri. 9 AM to 6 PM <b>(Closed for Lunch:1-2)</b>	Phone:(706) 454-5150 Fax: (706) 454-5151
Dental	803 S. Main St. Greensboro, GA 30642	Mon. 9AM-6PM Tues.-Fri. 8AM-5PM <b>(Closed for Lunch:1-2)</b>	Phone: (706) 454-5114 Fax: (706) 454-5199
Lake Oconee	1041 Park Dr. Greensboro, Ga 30642	Mon. – Fri. 8 AM to 5 PM <b>(Closed for Lunch:12-1)</b>	Phone:(706) 453-4945 Fax: (706) 400-4414
Centro de bienestar	1040 Park Dr. Greensboro, Ga 30642	Mon. – Fri. 8 AM to 5 PM <b>(Closed for Lunch: 12-1)</b>	Phone:(706) 534-6640 Fax: (706) 453-1441
Milledgeville	510 N. Cobb St. Milledgeville, Ga 31061	Mon. – Fri. 7:15 AM to 5 PM <b>(Closed for Lunch:12-1)</b>	Phone:(478) 414-1414 Fax: (706) 453-1205

**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 ayudarlo 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.