

Día De Hoy ___/___/___

(Por favor imprimir)

Número de cuenta: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
Apellido del Paciente		Primero Nombre	Segundo	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Señorita <input type="checkbox"/> Sra.
Nombre				
¿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 ()	Dirección de correo electrónico		
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"/> Elije no revelar		Género <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Género Queer <input type="checkbox"/> Transgénero Mujer/Hombre-a-Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero Hombre/Mujer-a-Hombre <input type="checkbox"/> Elija no divulgar <input type="checkbox"/> Otro _____		Etnicidad <input type="checkbox"/> No-Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Mexicano, Mexicano Americano, Chicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro Hispano, Latino(a), o Origen español <input type="checkbox"/> Elije no revelar
Raza (Seleccione todas las que correspondan)				
<input type="checkbox"/> Indio/a asiática <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Otro Asiático <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro <input type="checkbox"/> Indio Americano/ Alaska <input type="checkbox"/> Chino/a <input type="checkbox"/> Coreano/a <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo <input type="checkbox"/> Samoano/a <input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro isleño pacífico <input type="checkbox"/> Negro/a o Afroamericano <input type="checkbox"/> Elije no revelar				
Idioma <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 ()
-----------------------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------

INFORMACIÓN ADICIONAL			
¿Tiene una farmacia preferida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre de Farmacia	Ciudad de la Farmacia	Número de Farmacia ()

_____ **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.

_____ **Inicial GRITS (Georgia Registry of Immunization Transactions and Services):** Yo autorizo a Oconee Valley Healthcare a compartir records relacionados específicamente con vacuna con la base de datos de GRITS.

_____ **Inicial Políticas de oficina:** He leído y entiendo las políticas de la oficina.

Firma del Paciente o Garante _____

Firma del Registrador _____

Esta autorización es válida hasta esa fecha como cambiar o cancelar la autorización para liberar de mi autorización.



Greensboro • Lake Oconee • Wellness Center • Milledgeville • Eatonton • Pediatrics

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 solamente.**

La información anterior puede ser discutido **cuando no estoy presente.**

Esta autorización es válida hasta la fecha en que cambie o cancele la autorización para divulgar mi información

_____ Fecha: _____

Nombre del paciente (impresión)

_____ Testigo: _____

Firma



Greensboro • Lake Oconee • Wellness Center • Milledgeville • Eatonton • Pediatrics

AUTORIZACIÓN PARA MENSAJERÍA A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO, TELÉFONO Y TELÉFONO CELULAR

Cuando me contacte con información acerca de los resultados de las pruebas, información de prescripción o otros problemas médicos, autorizo a dejar mensajes como sigue:

___ De correo de voz ___ alguien a mi número de contacto ___ correo electrónico ___ No dejar mensajes

Cuando me contacte con información sobre citas autorizo a dejar mensajes como sigue:

___ de correo de voz ___ alguien a mi número de contacto ___ correo electrónico ___ No dejar mensajes

Cuando me contacte con información acerca de problemas de facturación autorizo a dejar mensajes como sigue: ___ de correo de voz ___ alguien a mi número de contacto ___ correo electrónico ___ 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. Inicie 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. 8 AM to 6 PM Sat. 8 AM to 1 PM	Phone:(706) 454-5150 Fax: (706) 454-5151
Dental	803 S. Main St. Greensboro, GA 30642	Mon. 9AM-6PM Tues.-Fri. 8AM-5PM (Closed for Lunch:1-2)	Phone: (706) 454-5114 Fax: (706) 454-5199
Lake Oconee	1041 Park Dr. Greensboro, Ga 30642	Mon. – Fri. 8 AM to 5 PM (Closed for Lunch:12-1)	Phone:(706) 453-4945 Fax: (706) 453-2954
Centro de bienestar	1040 Park Dr. Greensboro, Ga 30642	Mon. – Fri. 8 AM to 5 PM	Phone:(706) 534-6640 Fax: (762) 445-1101
Milledgeville	510 N. Cobb St. Milledgeville, Ga 31061	Mon. – Fri. 7:15 AM to 6 PM (Closed for Lunch:12-1)	Phone:(478) 414-1414 Fax: (478) 295-0679
Eatonton	130 C Sparta Hwy Eatonton, GA 31024	Mon. – Thurs. 8AM-6PM (Closed for Lunch:12-1)	Phone:(706) 484-2200 Fax: (706) 484-2025
Pediatrics	114 Harmony Crossing Suite 5 Eatonton, Ga 31024	Mon. – Fri. 8 AM to 6 PM (Closed for Lunch:12-1)	Phone: (706) 453-1891 Fax: (762) 298-0799

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.

Uso de Celular: Porfavor absténgase de utilizar teléfonos celulares y otros dispositivos mientras el personal y los proveedores estén en la habitación con usted

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 Resurtidos:

- Si necesita llamar para recargas de medicamentos, 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.
- 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 expediente médico.
- Las recetas de narcóticos y las sustancias controladas se prescriben y se vuelven a llenar SOLAMENTE durante horas de oficina regulares.
- Solicitudes de resurtidos pueden tomar de 24-48 horas para ser procesadas

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 ayudarle 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.