



Estimado nuevo paciente médico:

Gracias por elegir Choptank Community Health para satisfacer sus necesidades médicas.

Adjunta encontrará información que debe completar y devolver. Esta información nos ayudará a brindarle una primera visita exitosa y establecer su nuevo plan de atención para pacientes.

Lea atentamente todos los materiales adjuntos. Los materiales adjuntos incluyen:

- Formulario de actualización demográfica: coloque su firma y la fecha
- Nuevo formulario de paciente adulto: complételo
- Aviso de prácticas de privacidad: para su información
- Consentimiento y asignaciones: *este formulario le permite designar a las personas con las que podemos compartir su información de salud*, complételo y fírmelo
- Responsabilidades financieras del paciente: *este formulario explica sus responsabilidades financieras*, fírmelo
- Formulario de autorización del historial médico
- Reconocimiento de tarifa variable: *este formulario proporciona una descripción general de nuestro programa de tarifa variable que brinda asistencia financiera para su atención médica, dental y de salud del comportamiento*; complételo y fírmelo

Cuando haya completado los formularios adjuntos, envíelos a nuestra oficina en el sobre de devolución con el sello que se le proporcionó. También puede enviarlos por fax, utilizando la portada de fax adjunta. **Una vez que hayamos recibido los materiales, nos comunicaremos con usted para programar una cita.**

Si tiene preguntas, comuníquese al:

Lugar	Teléfono	Fax
Bay Hundred Medical Center (St. Michaels)	(410) 745-0200	(833) 908-2281
Chestertown Health Center	(443) 215-5353	(833) 615-2165
Denton Health Center	(410) 479-2650	(833) 908-2283
Easton Pediatrics	(410) 770-8910	(833) 908-2284
Fassett Magee Medical Center (Cambridge)	(410) 228-9381	(833) 908-2286
Feddersburg Medical Center	(410) 754-9021	(833) 908-2285
Goldsboro Medical Center	(410) 634-2380	(833) 908-2287

Gracias nuevamente por elegir Choptank Community Health. Esperamos asociarnos con usted para brindarle atención médica.



¿En qué consultorio desea ser atendido?

- Bay Hundred Medical Center
- Chestertown Health Center
- Denton Health Center
- Easton Health Center
- Fassett Magee Medical Center (Cambridge)
- Federalsburg Medical Center
- Goldsboro Medical Center

Formulario actualizado de datos demográficos de

INFORMACIÓN DEL PACIENTE					
Apellido:			N.º de SSN:		
Nombre:	Inicial del segundo		Fecha de nacimiento:	Sexo:	
Dirección postal 1:			Edad:		
N.º de apart./suite:			N.º de teléfono particular:		
Ciudad, estado, código postal:			Raza/grupo étnico:		
Correo electrónico:			N.º de teléfono celular:		
Idioma:					
Parte responsable					
Nombre:					
Dirección:					
Número de teléfono:					
FARMACIA PREFERIDA					
Nombre de la farmacia:			Número de teléfono de la farmacia:		
Dirección de la farmacia:			Ciudad, estado, código postal:		
INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA: (En caso de emergencia, ¿a quién debemos notificar?)					
Nombre:		Número		Parentesco:	
SEGURO PRIMARIO					
Nombre del plan/póliza:			Número de grupo:		
Número de teléfono del plan:			Fecha de nacimiento del suscriptor:		
Nombre del suscriptor:			Identificación de suscriptor:		
SEGURO SECUNDARIO					
Nombre del plan/póliza:			Número de grupo:		
Número de teléfono del plan:			Fecha de nacimiento del suscriptor:		
Nombre del suscriptor:			Identificación de suscriptor:		

Firma del paciente o de la persona autorizada: _____ **Fecha:** _____

NOMBRE: Apellido _____ Nombre _____ Inicial del
segundo nombre _____

FECHA DE NACIMIENTO:

NÚMERO DE TELÉFONO: Casa _____ Celular _____ Trabajo _____

SEGURO:

LISTA ACTUAL DE MÉDICOS, FARMACIAS Y PROVEEDORES

¿Quién fue su médico o proveedor anterior?	
Fecha de la última visita con el médico anterior:	
¿Cuáles son los nombres de los especialistas que ha visto en el último año?	
¿En qué hospitales o salas de emergencia lo han atendido en el último año?	
¿Qué farmacia usa para sus medicamentos?	
¿Cuáles son los nombres de las empresas que le proporcionan suministros o servicios médicos?	

ALERGIAS, MEDICAMENTOS Y VACUNAS

¿Es alérgico a algún medicamento, alimento o alérgeno ambiental?	___ Sí ___ No
	En caso afirmativo, detalle:

<p>¿Toma algún medicamento recetado, de venta libre o a base de hierbas?</p> <p>*No hay garantía de que CCHS continúe recetando medicamentos de proveedores anteriores*</p>	<p>____ Sí ____ No</p> <p>En caso afirmativo, indique los nombres, la dosis y la frecuencia de todos los medicamentos que toma:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Ha recibido alguna de las siguientes vacunas: ¿Gripe, Tdap, neumonía, culebrilla o COVID-19?</p>	<p>____ Sí ____ No</p> <p>En caso afirmativo, indique el nombre de la vacuna y dónde la recibió:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS (MUJER BIOLÓGICA)

<p>Fecha de la última prueba de Papanicolaou:</p>	<p>_____</p>
<p>¿Alguna vez ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal?</p>	<p>____ Sí ____ No</p>
<p>Fecha del último período menstrual:</p>	<p>_____</p>
<p>Flujo, duración y frecuencia del período:</p>	<p>¿Con qué frecuencia tiene el período?</p> <p>_____</p> <p>¿Cuánto dura su período (días)?</p> <p>_____</p> <p>¿Cómo describiría el flujo (normal, ligero, pesado)?</p> <p>_____</p>

¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer período?	_____ años
¿Ha comenzado la menopausia?	___ Sí ___ No En caso afirmativo, ¿a qué edad comenzó la menopausia? _____
¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer hijo?	_____ años
¿Cuál es su método anticonceptivo actual?	_____
¿Está interesada en un método diferente de control de la natalidad?	___ Sí ___ No En caso afirmativo, ¿en qué método está interesada? _____
¿Es sexualmente activa?	___ Sí ___ No
¿Tiene algún problema sexual?	___ Sí ___ No En caso afirmativo, ¿qué problemas tiene? _____
¿Le han diagnosticado alguna enfermedad de transmisión sexual?	___ Sí ___ No En caso afirmativo, ¿qué enfermedad y cuándo? _____
Fecha de la última colonoscopia:	_____
Fecha de la última mamografía:	_____
Fecha de la última densitometría ósea:	_____

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS (MUJER BIOLÓGICA)

¿Cuántas veces ha estado embarazada?	_____
¿Cuántos embarazos a término ha	_____

tenido?	
¿Cuántos embarazos prematuros (tempranos) ha tenido?	_____
¿Cuántos abortos ha tenido?	_____
¿Cuántos abortos espontáneos ha tenido?	_____
¿Cuántos embarazos ectópicos ha tenido?	_____
¿Ha tenido algún parto múltiple?	_____
¿Cuántos de sus hijos viven?	_____
Fechas de parto de embarazos anteriores:	_____

ANTECEDENTES FAMILIARES

¿Alguien en SU familia ha tenido alguno de los siguientes?

	Madre	Padre	Hermanos	Abuelos
Cáncer (¿de qué tipo? _____)	___ Sí	___ Sí	___ Sí	___ Sí
Diabetes	___ Sí	___ Sí	___ Sí	___ Sí
Enfermedad cardíaca	___ Sí	___ Sí	___ Sí	___ Sí
Colesterol alto	___ Sí	___ Sí	___ Sí	___ Sí
Presión arterial alta	___ Sí	___ Sí	___ Sí	___ Sí
TDA/TDAH	___ Sí	___ Sí	___ Sí	___ Sí
Alergias	___ Sí	___ Sí	___ Sí	___ Sí
Artritis	___ Sí	___ Sí	___ Sí	___ Sí

Asma	___ Sí	___ Sí	___ Sí	___ Sí
Trastornos hemorrágicos o de la coagulación	___ Sí	___ Sí	___ Sí	___ Sí
Fibrosis quística	___ Sí	___ Sí	___ Sí	___ Sí
Depresión	___ Sí	___ Sí	___ Sí	___ Sí
Muerte prematura	___ Sí	___ Sí	___ Sí	___ Sí
Enfermedad genética	___ Sí	___ Sí	___ Sí	___ Sí
Dolor de cabeza	___ Sí	___ Sí	___ Sí	___ Sí
Infección por VIH	___ Sí	___ Sí	___ Sí	___ Sí
Nefropatía	___ Sí	___ Sí	___ Sí	___ Sí
Trastorno psiquiátrico	___ Sí	___ Sí	___ Sí	___ Sí
Trastorno convulsivo	___ Sí	___ Sí	___ Sí	___ Sí
Anomalía de células falciformes	___ Sí	___ Sí	___ Sí	___ Sí
Ataque cerebral	___ Sí	___ Sí	___ Sí	___ Sí
Trastorno de la tiroides	___ Sí	___ Sí	___ Sí	___ Sí
Tuberculosis	___ Sí	___ Sí	___ Sí	___ Sí

EDUCACIÓN Y OCUPACIÓN

¿Cuál es el grado o nivel de escuela más alto que ha completado o el título más alto que ha alcanzado?	_____
¿Está en la escuela actualmente?	___ Sí ___ No
¿Está trabajando actualmente?	___ Sí ___ No
¿Quién es su empleador?	_____
¿Existe algún riesgo de salud laboral en el lugar donde trabaja?	_____

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y ESTADO DE RELACIÓN

¿Es capaz de cuidarse a sí mismo?	___ Sí ___ No
¿Está ciego o tiene dificultad para ver?	___ Sí ___ No
¿Está sordo o tiene dificultad para oír?	___ Sí ___ No
¿Tiene dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones?	___ Sí ___ No

¿Tiene dificultad para caminar o subir escaleras?	___ Sí ___ No
¿Tiene dificultad para vestirse o bañarse?	___ Sí ___ No
¿Tiene dificultad para hacer mandados solo?	___ Sí ___ No
¿Es capaz de caminar?	___ Sí ___ No
¿Tiene alguna dificultad con el transporte?	___ Sí ___ No
¿Tiene inquietudes sobre cómo satisfacer sus necesidades básicas de alimentación, vivienda, calefacción, etc.?	___ Sí ___ No
¿Vive solo o con otros?	
¿Está casado?	___ Sí ___ No Si la respuesta es negativa, ¿está en una relación? ___ Sí ___ No

DECLARACIÓN DE VOLUNTAD ANTICIPADA

¿Tiene una declaración de voluntad anticipada (MOLST, testamento en vida)?	___ Sí ___ No
¿Cuál es el estado de su código?	___ Código completo ___ No resucitar (DNR)
¿Tiene un poder notarial médico?	___ Sí ___ No

USO DE SUSTANCIAS

¿Fuma o ha fumado tabaco alguna vez?	___ Sí ___ No
¿Cuánto tabaco fuma?	_____ paquetes por día
¿Consume o ha consumido alguna otra forma de tabaco o nicotina?	___ Sí ___ No
¿Usa o ha usado alguna vez cigarrillos electrónicos o vape?	___ Sí ___ No
¿Usa o ha usado alguna vez tabaco sin humo?	___ Sí ___ No En caso afirmativo, ¿cuánto tabaco mastica? _____

¿Bebe alcohol?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuánto alcohol bebe? _____
¿Usa alguna droga callejera, incluida la marihuana?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿qué drogas usa o ha usado? _____ _____ _____
¿Cuánta cafeína bebe?	_____

HOGAR Y MEDIOAMBIENTE

¿Es un cuidador?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Recurre al cuidado de niños?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿qué tipo de cuidado de niños? _____
¿Tiene mascotas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene detectores de humo y monóxido de carbono en su hogar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está expuesto a que otra persona fume en el hogar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Hay armas en su casa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Usa repelente de insectos o repelente de mosquitos con regularidad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Usa protector solar con regularidad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

DIETA Y EJERCICIO

¿Qué tipo de dieta está siguiendo?	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baja en sal <input type="checkbox"/> Baja en carbohidratos <input type="checkbox"/> Baja en colesterol <input type="checkbox"/> Vegetariana o vegana <input type="checkbox"/> Otra _____
¿Tiene usted algunas restricciones en la dieta? (sin lácteos, sin gluten, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿qué restricciones? _____

¿Cuál es su nivel de ejercicio?	<input type="checkbox"/> Sedentario <input type="checkbox"/> Ligeramente activo <input type="checkbox"/> Moderadamente activo <input type="checkbox"/> Muy activo
¿Cuántos días de ejercicio moderado a extenuante hizo en la última semana?	_____

NECESIDADES SOCIALES Y DE APRENDIZAJE

¿Alguna vez ha sido víctima de abuso o negligencia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuál es su idioma preferido?	_____
¿Qué idiomas habla?	_____
¿Qué idiomas lee?	_____
¿Tiene alguna necesidad especial de aprendizaje que debemos tener en cuenta?	<input type="checkbox"/> Oído <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> Habla <input type="checkbox"/> Espiritual <input type="checkbox"/> Creencias culturales

IDENTIDAD DE GÉNERO E IDENTIDAD LGBTQ

¿Con qué género se identifica?	_____
¿Qué sexo le asignaron al nacer?	_____
¿Cuáles son sus pronombres preferidos?	_____
¿Cuál es su orientación sexual?	_____

HISTORIAL QUIRÚRGICO/IMPLANTE

¿Alguna vez ha tenido una cirugía?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indique qué cirugía y la fecha si la conoce _____ _____ _____ _____ _____
¿Tiene implantes quirúrgicos o dispositivos implantados (ginecológicos, marcapasos, ortopédicos, ópticos, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿qué implante(s) tiene? _____ _____ _____ _____

ANTECEDENTES MÉDICOS PASADOS

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?

TDA/TDAH	___ Sí	Lesión en la cabeza/conmoción cerebral	___ Sí
Abuso/Violencia doméstica	___ Sí	Dolores de cabeza	___ Sí
Reflujo ácido (ERGE)	___ Sí	Cardiopatía	___ Sí
Acné	___ Sí	Hepatitis	___ Sí
Alergias (alimentarias, estacionales, ambientales)	___ Sí	Colesterol alto	___ Sí
Anemia	___ Sí	VIH	___ Sí
Trastorno de ansiedad	___ Sí	Hipertensión (presión arterial alta)	___ Sí
Desorden del espectro autista	___ Sí	Hipertiroidismo	___ Sí
Problemas de vejiga o riñón	___ Sí	Hipotiroidismo	___ Sí
Transfusión de sangre	___ Sí	Nefropatía	___ Sí
Problema de mama	___ Sí	Trastornos de salud mental	___ Sí
Cáncer	___ Sí	Osteoporosis	___ Sí
EPOC (enfisema, etc.)	___ Sí	Síndrome de ovario poliquístico	___ Sí
Constipación	___ Sí	Preeclampsia	___ Sí
Trombosis venosa profunda (coágulo de sangre TVP)	___ Sí	Embolia pulmonar	___ Sí
Diabetes	___ Sí	Problemas de la piel	___ Sí
Problemas de oído o audición	___ Sí	TB positiva (prueba cutánea de TB positiva o QuantiFERON gold)	___ Sí
Endometriosis	___ Sí	Tuberculosis	___ Sí
Epilepsia (trastorno convulsivo)	___ Sí		___ Sí

Proporcione información adicional si es necesario:

Sus derechos sobre la información de salud:

- Obtener una copia de este aviso.
- Inspeccionar y copiar su historia clínica.
- Modificar su historia clínica.
- Obtener un estado de las divulgaciones de su información de salud.
- Solicitar comunicaciones de su información de salud por medios alternativos.
- Solicitar una restricción sobre ciertos usos y divulgación de la información si esos servicios se pagaron de su bolsillo y en su totalidad, a menos que lo exija la ley estatal o federal.
- Revocar su autorización para utilizar o divulgar su información de salud. Consulte la sección de exclusión/revocación de autorización a continuación

CCHS está obligado a:

- Mantener la privacidad de su información de salud.
- Proporcionarle este aviso que describe nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad.
- Cumplir con este acuerdo.
- Notificarle si no podemos aceptar una restricción solicitada.
- Atender las solicitudes razonables que pueda tener para comunicar información de salud por medios alternativos.
- Obtener una autorización por separado para el uso y divulgación de notas de psicoterapia, propósitos de marketing y venta de PHI.
- Obtener una autorización por separado para el uso o divulgación de cualquier otro uso no divulgado en este Aviso de prácticas de privacidad.
- Informarle sobre cualquier violación de la información que afecte su privacidad y su PHI.

CCHS se reserva el derecho de cambiar las prácticas y hacer efectivas las nuevas disposiciones para toda la información de salud protegida que mantenemos. En caso de que cambien nuestras prácticas de privacidad, le proporcionaremos una copia del aviso revisado. No divulgaremos ni utilizaremos su información de salud sin su autorización (excepto como se describe en este aviso). También dejaremos de utilizar o divulgar su información de salud después de recibir su solicitud por escrito.

Proceso de exclusión/revocación de autorización:

Si desea excluirse del uso o revocar una autorización con respecto al uso y divulgación de su PHI, escriba una carta con su nombre, fecha de nacimiento y dirección junto con su solicitud de exclusión o revocación de autorización (sea tan específico como sea posible) también:

Choptank Community Health System, Inc. Atención: Responsable de Protección de Datos
301 Randolph Street
Denton, MD 21629

Sistema de Información Regional de Chesapeake para Nuestros Pacientes (CRISP)

Choptank Community Health System, Inc. junto con muchas otras organizaciones de atención médica, participan en el Sistema de Información Regional de Chesapeake para Nuestros Pacientes (Chesapeake Regional Information System for our Patients, CRISP). El Sistema de Información Regional de Chesapeake para Nuestros Pacientes, o CRISP, es una corporación de membresía sin fines de lucro asesorada por una amplia gama de partes interesadas responsables de la atención médica de los ciudadanos de Maryland. Recibimos comentarios y consejos de los pacientes, sistemas hospitalarios, médicos, proveedores de seguros, proveedores de tecnología, defensores de la privacidad, funcionarios de salud pública, y defensores de las personas mayores, de las personas sin seguro médico y de aquellos que carecen de servicios médicos.

La Comisión de Atención Médica de Maryland designó oficialmente al CRISP como el intercambio de información de salud (Health Information Exchange, HIE) de todo el estado de Maryland, según lo indicado por la legislatura del estado y el gobernador Martin O'Malley. La Oficina del Coordinador Nacional (Office of the National Coordinator, ONC) para las Tecnologías de la Información de Salud también nombró al CRISP Centro de Extensión Regional (Regional Extension Center, REC) de Maryland para las Tecnologías de la Información de Salud, con el objetivo de ayudar a 1000 proveedores de atención primaria a implantar historias clínicas electrónicas (Electronic Health Records, EHR) y lograr un uso significativo para 2014.

Choptank Community Health System, Inc. ha elegido participar en el intercambio de información de salud CRISP. Según lo permitido por la ley, su información de salud se compartirá con este intercambio con el fin de proporcionar un acceso más rápido, una mejor coordinación o atención y ayudar a los proveedores y funcionarios de salud pública a tomar decisiones más informadas. Puede optar por la exclusión y deshabilitar todo acceso a su información de salud disponible a través del CRISP llamando al 1-877-952-7477 o completando y enviando un formulario de exclusión al CRISP por correo, fax o a través de su sitio web en www.crisphealth.org.

Para obtener más información o reportar un problema, comuníquese con el Responsable de Protección de Datos de CCHS al 410-479-4306. También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de

EE. UU., 200 Independence Avenue, NE, Room 509 F, HHH Building, Washington DC, 20201. No se tomarán represalias por presentar una queja ante el Responsable de Protección de Datos o la Oficina de Derechos Civiles.



Consentimientos y cesiones

REPRESENTANTE PERSONAL, FAMILIAR U OTRA ENTIDAD AUTORIZADA A ACCEDER A LA INFORMACIÓN DE SALUD

PROTEGIDA: Nombre a las personas a las que autoriza a Choptank Community Health System, Inc. a divulgar su información de salud protegida con respecto al tratamiento, pago y otras operaciones de atención médica en caso de que usted no esté disponible.

Nombre de la persona autorizada	Relación	Número de teléfono
---------------------------------	----------	--------------------

Nombre de la persona autorizada	Relación	Número de teléfono
---------------------------------	----------	--------------------

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Autorizo a **Choptank Community Health System, Inc.** a divulgar información de mi historial médico a cualquier persona, corporación o agencia legalmente responsable de procesar o pagar cualquier parte de los cargos u honorarios profesionales del centro. También autorizo la divulgación de información a trabajadores/proveedores/consultores de atención médica que estén involucrados en mi atención. La divulgación de información a cualquier otra parte distinta a la indicada anteriormente requerirá una autorización por separado.

CESIÓN DE BENEFICIOS: En caso de que tenga derecho a beneficios que surjan de mi póliza de seguro médico o contrato de beneficios de seguro, cedo estos beneficios a **Choptank Community Health System, Inc.** También cedo los beneficios pagaderos por servicios médicos a **Choptank Community Health System, Inc.** Además, entiendo que soy responsable de los cargos "no cubiertos" por mi seguro o de los cargos incurridos sin autorización o derivación.

CONSENTIMIENTO PARA LA ATENCIÓN: Por la presente, doy mi consentimiento a los proveedores de **Choptank Community Health System, Inc.** para examinar, realizar una evaluación y recomendar el tratamiento adecuado para mi condición. También doy mi consentimiento para la recolección y prueba de muestras necesarias para la evaluación diagnóstica de mis síntomas/condición.

DERECHOS Y RESPONSABILIDAD: He recibido y leído una copia de la Notificación de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) del "Aviso de prácticas de privacidad de la información" por parte de **Choptank Community Health System, Inc.**

Nombre en letra de imprenta: _____

Fecha de nacimiento: _____

Firma: _____

Fecha: _____



RESPONSABILIDADES FINANCIERAS DEL PACIENTE

Gracias por elegir Choptank Community Health System como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a proporcionarle atención de alta calidad y le pedimos que lea y firme este formulario para reconocer su comprensión de las responsabilidades financieras de nuestros pacientes.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

- Llegue a tiempo a sus citas. Si llega más de 10 minutos tarde, puede que sea necesario reprogramar su cita.
- Avísenos con 24 horas de antelación si necesita cancelar o reprogramar una cita.
- Si falta a tres (3) citas en un período de doce (12) meses sin notificar a nuestra oficina, perderá la posibilidad de programar citas con anticipación.
- Es su responsabilidad comunicarse con nosotros tan pronto como cambie su seguro, nombre, dirección o número de teléfono.
- Conozca su seguro y pague cualquier copago aplicable a su llegada. Si no se reciben los copagos a su llegada, se le pedirá que re programe su cita.
- Todos los saldos impagos son responsabilidad del garante y vencen al recibir la factura y dentro de los 30 días, a menos que se hayan hecho arreglos de pago especiales con nuestra oficina de facturación.
- Cualquier cuenta que quede impaga después de 120 días se entregará a una agencia de cobranza y se informará a una agencia de crédito. Los honorarios de la agencia de cobranza del 35 % y los honorarios del abogado serán responsabilidad del paciente o garante.
- Si no tiene seguro, consulte con la recepcionista nuestro paquete de programa de tarifa variable que puede calificarlo para recibir servicios a una tarifa con descuento. También puede calificar para Medicaid. Además, Maryland también cuenta con un programa para niños sin seguro. Si califica para el programa de tarifa variable, se necesitará verificación de ingresos al momento de la cita. Si no recibimos la documentación requerida, se le pedirá que pague un **depósito** de \$95. Si proporciona una prueba de ingresos dentro de los 30 días, puede ser elegible para un reembolso.
- Si el pago se realiza con cheque y es devuelto o rechazado, se le cargará a su cuenta una tarifa por cheque devuelto (cargo por servicio) de \$25.00.

Si tiene alguna pregunta sobre las responsabilidades del paciente mencionadas anteriormente, no dude en comunicarse con nuestro Gerente de Cuentas por Cobrar al (410) 479-9100 o al número gratuito (877) 745-2455.

Firma del garante: _____ Fecha: _____

Representante de CCHS: _____ Fecha: _____

Choptank Community Health System
Formulario de autorización del historial médico

Nombre del paciente: _____ Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____ Número de seguro social: _____

Por la presente, autorizo el uso o la revelación de información médica protegida como se describe a continuación:

1. **Choptank Community Health System** está autorizado a utilizar o revelar información sobre mí:

2. CHOPTANK COMMUNITY HEALTH puede revelar información médica protegida sobre mí.

Enviar a:

Persona(s)/Nombre del centro: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

CHOPTANK COMMUNITY Health puede recibir información médica protegida sobre mí.

Recibir de:

Persona(s)/Nombre del centro: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

3. La información específica que debe ser revelada es (indique las fechas de servicio si es posible):

A MENOS QUE FIRME AQUÍ, NO SE REVELARÁ NINGUNA INFORMACIÓN SOBRE EL ABUSO DE ALCOHOL/SUSTANCIAS, EL VIH/SIDA O LA SALUD MENTAL:

SÍ, REVELAR ESTA INFORMACIÓN: _____

NO, NO REVELAR ESTA INFORMACIÓN: _____

4. Mi propósito/uso de la información es para: _____

5. Esta autorización expira el _____ de 20__ O cuando ocurra el siguiente evento que se relaciona conmigo o con el propósito del uso previsto o revelación de mi información:

Entiendo que esta autorización puede ser revocada por escrito. La solicitud de revocación debe ser enviada por correo a CCHS Attention - 'Privacy Officer' a P.O. Box 660 Denton, MD 21629. La revocación no será efectiva para los registros cuya revelación he autorizado previamente o cualquier acción que se haya tomado en referencia a una autorización que ya he firmado.

Entiendo que la información utilizada o revelada de acuerdo con esta autorización podría estar sujeta a una nueva revelación por parte del destinatario y, de ser así, es posible que no esté sujeta a las leyes federales o estatales que protegen su confidencialidad.

Entiendo que CCHS tendrá la oportunidad de obtener una compensación directa o indirecta en la naturaleza de: _____ por parte de _____ como resultado de esta autorización.

.....

Firma de la persona o representante Parentesco del representante Fecha

Copia proporcionada: El CCHS proporcionará una copia de esta autorización, una vez firmada, a la persona en cuestión:
_____ (Iniciales)

- Bay Hundred Medical & Dental Center: 933 S Talbot Street, St. Michael's, MD 21663 Teléfono: 410-745-0200 Fax: 833-908-2281
- Chestertown Health Center: 126 Philosophers Terrace, Suite 101, Chestertown, MD 21620 21663 Teléfono: 443-215-5353 Fax: 833-615-2165
- Denton Health Center: 808 S. 5th Ave, MD 21629 Teléfono: 410-479-2650 FAX: 833-908-2283
- Easton Pediatrics: 522 Cynwood Drive, Suite 100 Easton, MD 21601 Teléfono: 410-770-8910 FAX: 833-908-2284
- Fassett Magee Health & Dental Center: 503A Muir Street Teléfono: 410-228-4045 FAX: 833-908-2286
- Federalsburg Medical & Dental Center: 215 Bloomingdale Ave, Federalsburg, MD 21632, Teléfono: 410-754-9021 FAX: 833-908-2285
- Goldsboro Medical & Dental Center 316 Railroad Ave Goldsboro, MD 21636 Teléfono: 410-634-2380 FAX: 833-908-2287



Programas de asistencia financiera para pacientes

Descuento de tarifa variable

El programa de tarifa variable de Choptank Community Health ofrece atención médica, dental y de salud del comportamiento necesaria, análisis de laboratorio y ciertos exámenes de diagnóstico a los pacientes a costos reducidos según los ingresos.

Para calificar, deberá cumplir con los requisitos de ingresos y tamaño de la familia y proporcionar documentos de respaldo, como recibos de pago, declaraciones de impuestos, cartas de concesión del seguro social, etc. Además, deberá completar y enviar una Solicitud de asistencia financiera para pacientes.

Indique a continuación si desea obtener información adicional sobre este programa.

Sí, envíeme información adicional sobre el Programa de asistencia financiera para pacientes.

No, no estoy interesado en obtener información adicional sobre el Programa de asistencia financiera para pacientes en este momento.

Aclaración

Firma

Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____



Portada de fax

Para: Choptank Community Health

De:

Nombre (en letra de imprenta)

Número de páginas: _____

Fecha: _____

Envíe un fax a:

Lugar	Fax
Bay Hundred Medical Center (St. Michaels)	(833) 908-2281
Chestertown Health Center	(833) 615-2165
Denton Health Center	(833) 908-2283
Easton Pediatrics	(833) 908-2284
Fassett Magee Medical Center (Cambridge)	(833) 908-2286
Federalsburg Medical Center	(833) 908-2285
Goldsboro Medical Center	(833) 908-2287