



TRUE  
Care

## BIENVENIDO A WILMINGTON HEALTH **TRUE CARE**

Gracias por su confianza en Wilmington Health. Complete y envíe el formularios adjunto dos días antes de su cita para ayudarnos a brindar la mejor atención posible. ¡Esperamos poder servirle!

### ¿POR QUÉ ELEGIR WILMINGTON HEALTH?

En Wilmington Health, comienza con **Confiar**, en un lugar que lo **Respeta**. Donde la atención experta se une a un valor **Inigualable**. Y donde un enfoque colaborativo y **Empoderador** del bienestar no solo es nuestra principal prioridad, también es nuestra promesa para usted. Desde 1971, ningún otro proveedor del área ha ofrecido una atención mejor y más asequible que Wilmington Health. Lo llamamos **TRUE Care**. *Y es lo que ofrecemos a nuestros pacientes todos los días.*





Office Use Only: Recorded By: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Apellido de Paciente \_\_\_\_\_ Sufijo \_\_\_\_\_ Primer \_\_\_\_\_ Medio \_\_\_\_\_
Patient Last Name Suffix First Middle
Apellido Anterior \_\_\_\_\_ Apodo \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Masculina \_\_\_\_\_
Prior Last Name Nickname SSN Birthdate Male Female

Dirección Secundaria o física

Secondary or Physical Address

Calle \_\_\_\_\_ Apto/Edificio/Lote \_\_\_\_\_
Street Apt/Bldg/Lot
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_
City State Zip
Condado \_\_\_\_\_ Pais: US/Otro \_\_\_\_\_
County Country: US/Other
Proveedor de atención primaria \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_
Primary Care Provider Marital Status

Facturación o dirección de apartado de correos

Billing or PO Box Address

Calle \_\_\_\_\_ Apto/Edificio/Lote \_\_\_\_\_
Street Apt/Bldg/Lot
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_
City State Zip
Condado \_\_\_\_\_ Pais: US/Otro \_\_\_\_\_
Country: US/Other
Raza \_\_\_\_\_ Idioma \_\_\_\_\_ Etni cidad \_\_\_\_\_
Race Language Ethnicity

1- Nombre del Seguro Primario

Primary Insurance Name

ID de póliza# \_\_\_\_\_ Grupo# \_\_\_\_\_
Policy ID# Group#

Dirección del seguro \_\_\_\_\_
Insurance Address

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_
City State Zip

Nombre del titular de la póliza (Ratrocinator) \_\_\_\_\_
Policy Holder (Sponsor) Name

Feccha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_
Birthdate Sex Phone

Calle \_\_\_\_\_ Apto/Edificio/Lote \_\_\_\_\_
Street Apt/Bldg/Lot

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_
City State Zip

Relación del titular de la póliza con el paciente \_\_\_\_\_
Policy Holder's Relationship to Patient

Empleador \_\_\_\_\_
Employer

2- Nombre del Seguro Secundario

Secondary Insurance Name

ID de Póliza# \_\_\_\_\_ Grupo# \_\_\_\_\_
Policy ID# Group#

Dirección del seguro \_\_\_\_\_
Insurance Address

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_
City State Zip

Nombre del titular de la póliza (Ratrocinator) \_\_\_\_\_
Policy Holder (Sponsor) Name

Feccha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_
Birthdate Sex Phone

Calle \_\_\_\_\_ Apto/Edificio/Lote \_\_\_\_\_
Street Apt/Bldg/Lot

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_
City State Zip

Relación del titular de la póliza con el paciente \_\_\_\_\_
Policy Holder's Relationship to Patient

Empleador \_\_\_\_\_
Employer

Información de Contacto en caso de Emergencia

Emergency Contact Information

Primer Nombre \_\_\_\_\_ Medio \_\_\_\_\_ Appellido \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_
First Name Middle Last Relationship

Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_
Street City State Zip

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_
Birthdate Home Phone Cell Work

Información de contacto del paciente

Patient Contact Information

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_
Home Phone Cell

Teléfono del día \_\_\_\_\_ Alterno \_\_\_\_\_
Day Phone Alternate

Contacto preferido (marque 1) Inicio \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Portal \_\_\_\_\_
Preferred Contact (check 1) Home Cell Work Portal

Notificación preferido (marque 1) Teléfono \_\_\_\_\_ Texto \_\_\_\_\_ Recordatorios de voz \_\_\_\_\_
Preferred Notification (check 1) Phone Text Voice Reminders

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Rechazar correo electrónico \_\_\_\_\_
E-Mail Decline E-Mail

Portal del paciente (marque 1) Solicitud de registro \_\_\_\_\_ Ya registrado \_\_\_\_\_
Patient Portal (check 1) Desires registration Already registered

Información de la madre (de paciente menor de 18 años)

Mother's Information (of patient under 18)

Primer Nombre \_\_\_\_\_ Medio \_\_\_\_\_
First Name Middle

Appellido \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_
Last SSN

Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_
Phone Birthdate

Calle \_\_\_\_\_ Apto/Edificio/Lote \_\_\_\_\_
Street Apt/Bldg/Lot

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_
City State Zip

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Rechazar correo electrónico \_\_\_\_\_
E-Mail Decline E-Mail

Información del padre (de paciente menor de años)

Father's Information (of patient under 18)

Primer Nombre \_\_\_\_\_ Medio \_\_\_\_\_
First Name Middle

Appellido \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_
Last SSN

Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_
Phone Birthdate

Calle \_\_\_\_\_ Apto/Edificio/Lote \_\_\_\_\_
Street Apt/Bldg/Lot

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_
City State Zip

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Rechazar correo electrónico \_\_\_\_\_
E-Mail Decline E-Mail

(1) Entiendo que soy responsable de los cargos no cubiertos o reembolsados por los agentes mencionados anteriormente. Estoy de acuerdo, en caso de impago, de asumir el costo de los intereses, cobro y legal acción (si es necesario). (2) Las leyes federales y estatales vigentes nos obligan a mantener la privacidad de su información médica. Nuestro document de Aviso de practicas de privacidad le informa sobre nuestra Aviso en cualquier momento. (3) Mi derecho al pago de todos los productos farmacéuticos, procedimientos, pruebas, alquiler de equipos médicos, suministros y servicios de enfermería/médicos, incluidos los principales beneficios médicos, se encuentran asignado a la salud de Wilmington. Esta asignación cubre todos y cada uno de los beneficios bajo Medicare, otros programas patrocinados por el gobierno, seguros privados y cualquier otro plan de salud. Yo reconozco este document como una asignación legalmente vinculante para cobrar mis beneficios como pago de reclamos por servicios. En el caso de que mi compañía de seguros no acepte la Asignación de Beneficios, o si los pagos se realizan directamente a mí o a mi representante, aseguraré dicho pago a Wilmington Health.

Table with 4 columns: Imprimir Nombre, Nombre de la muestra, Relación con el paciente, Fecha. Rows for Paciente and Responsable Partido.

# Wilmington Health

## AUTORIZACIÓN PARA DAR INFORMACIÓN MEDICA

Yo entiendo que esta autorización es voluntaria y es pedida para confirmar mis deseos. Yo entiendo que Wilmington Health no determinara el tratamiento medico si firmo esta autorización. Yo entiendo que información revelada a mi familia/amigos/as puede ser revelada por ellos.

Yo entiendo que yo puedo revocar o cambiar esta autorización en cualquier momento con dar un aviso en escrito de mi revocación a la oficina de contacto enlistada abajo de esta forma, pero no afectará cualquier información dada antes de la notificación de revocación.

**Sección A: Información del paciente** Numero de Cuenta \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_

### **Sección B: Información Medica Para ser Usada o Discutida**

Yo doy permiso para que se discuta mi información medica con los siguientes familiares o amigos/as:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Yo doy permiso para que la siguiente información medica sea discutida:

**ELIJA UNO:**

Toda mi información medica

Información Especifica \_\_\_\_\_

### **Sección C: Espiración**

Esta autorización espirara:

**ELIJA UNO:**

Dos añs despues de mi muerte

A los 18 añs (menores solamente)

Otro \_\_\_\_\_

### **Sección D: Telefono**

Yo doy permiso para que usted dejé información medica con respecto a mi salud o mis citas en la siguiente maquina de contestar. (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Yo reconosco que he recibido el Aviso de las Practicas de Privacidad de Wilmington Health. Yo he tenido la oportunidad de leer y considerar los contenidos de este aviso.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación al Paciente

### **USED PUEDE NEGARSE A FIRMA ESTA AUTORIZACIÓN**

Oficina de Contacto: Wilmington Health Privacy Officer, 1202 Medical Center Drive, Wilmington, NC 28401  
Telefono: 910-796-7701 Fax: 910-341-3449 Correo Electronico: [privacy@wilmingtonhealth.com](mailto:privacy@wilmingtonhealth.com)

**HIPAA #1SP**  
Revision 08/2010