WILMINGTON HEALTH | 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.***

WILMINGTON HEALTH
wilmingtonhealth.com

Demographia

Por favor imprima, completar todas los lineas y firme.

Office Use Only: Recorded By: _____ Date: _____

Appellido de Paciente _____ Suffijo_____ 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 fisica
Secondary or Physical Address

Calle_____ Apto/Edificio/Lote_____
Street Apt/Bldg/Lot

Ciudad_____ Estado_____ Código postal _____
Cty State Zip

Condado_____ Pais:US/Otro_____
County Country: US/Other

Facturación o dirección de apartado de correos
Billing or PO Box Address

Calle_____ Apto/Edificio/Lote _____
Street Apt/Bldg/Lot

Cuidad_____ Estado_____Código postal_____
City State Zip

Condado_____ Pais:US/Otro_____
Country Country: US/Other

Proveedor de atención primaria_____ Estado Civil_____ Raza_____ Idioma_____ Etni cidad_____
Primary Care Provider Marital Status Race Language Ethnicity

1-Nombre del Seguro Primario _____
Primary Insurance Name

ID de póliza#_____ Grupo#_____
Policy ID# Goup#

Dirección del seguro_____
Insurance Address

Ciudad_____ Estado_____ código postal_____
City State Zip

Nombre del titular de la póliza (Ratrocinador)_____
Policy Holder (Sponsor) Name

Fecha de Nacimiento_____Sexo_____Teléfono_____
Birthdate Sex Phone

Calle_____ Apto/Edificio/Lote_____
Street Apt/Bldg/Lot

Ciudad_____ Estado_____ código postal_____
City State Zip

Relatión 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# Goup#

Dirección del seguro_____
Insurance Address

Ciudad_____ Estado_____código postal_____
City State Zip

Nombre del titular de la póliza (Ratrocinador)_____ ____
Policy Holder (Sponsor) Name

Fecha de Nacimiento_____Sexo_____Teléfono_____
Birthdate Sex Phone

Calle_____ Apto/Edificio/Lote_____
Street Apt/Bldg/Lot

Ciudad_____ Estado_____ código postal _____
City State Zip

Relatión del titular de la póliza con el paciente_____
Policy Holder's Relationship to Patient

Empleador_____
Employer

Información de contacto del paciente
Patient Contact Information

Teléfono de casa_____Celular_____
Home Phone Cell

Teléfono del dia_____Alterno_____
Day Phone Alternate

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

Notification 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 anõs)
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 anõs)
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 eectrónico_____
E-Mail Decline E-Mail

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 nacimineto_____ Teléfono de casa_____ Celular_____Trabajo_____
Birthdate Home Phone Cell Work

(1) Entiendo que soy responsible de los cargos no cubiertos o reembolsados por los agentes menicionados 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, sumimistros y servicios de enfermería/médicos, incluidos los principals beneficios médicos, se encuentran asignado a la salud de Wilmington. Esta asignación cubre todos y cada uno de los beneficios bajo Medicare, ostros 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 serguros no acepte la Asignación de Beneficios, o si los pagos se realizan directamente a mi o a mi representante, aseguraré dicho pago a Wilmington Health.

	Imprimir Nombre *Print Name*	**Nombre de la muestra** *Sign Name* **(se require firma)** *(Signature Required)*	**Relación con el paciente** *Relationship to Patient*	**Fecha** *Date*
Paciente *Patient*				
Responsible Partido *Responsible Party* **(De paciente menor de 18 anõs O cuidado de la salud (POA)** *(Of Patient Under 18 Or HealthCare POA)*				

A tención primaria de salud de Wilmington
Formulario de historial de salud de paciente nuevo adulto

Nombre_____ Fecha de nacimiento_____

Correo electrónico_____

Farmacia Municipal_____ Farmacia de pedidos por correo_____

Motivo de su visita hoy_____

Médicos anteriores/actuales_____

Historial médico personal: Marque cada uno de los siguientes que se apliquen a usted (actualmente o en el pasado)

- ☐Alergias
- ☐Anemia
- ☐Ansiedad
- ☐Artritis (Tipo_____)
- ☐Asma
- ☐Fibrilación auricular
- ☐Próstata agrandada (BPH)
- ☐Coágulos de sangre/Trastorno de la coagulación
- ☐Cáncer (Tipo _____)
- ☐EPOC/Enfisema
- ☐Enfermedad de las arterias coronarias/Stents
- ☐Depresion
- ☐Diabetes (Tipo 1 o 2)
- ☐Colesterol alto
- ☐ERGE/Reflujo
- ☐Dolor de cabeza/Migraña
- ☐Enfermedad cardíaca/ Insuficiencia cardíaca
- ☐Hepatitis/Enfermedad hepática
- ☐Presión arterial alta
- ☐Intestino irritable
- ☐Ataque cardíaco
- ☐Osteoporosis
- ☐Enfermedad renal
- ☐Convulsiones
- ☐Derrame cerebral
- ☐Enfermedad de la tiroides
- ☐Enfermedad de Parkinson
- ☐Apnea del sueño
- ☐Abuso de sustancias
- ☐Tuberculosis
- ☐Demencia
- ☐VIH/SIDA
- ☐Fibromialgia
- ☐Lupus

Solo mujeres

- ☐Papanicolaou anormal

#_____ de embarazos

#_____ de niños

Último período menstrual

_____

Otros problemas médicos (no enumerados anteriormente)_____

_____

_____

Lista de medicamentos: enumere los medicamentos recetados actualmente y cualquier suplemento.

Nombre del medicamento	Dosis	¿Con qué frecuencia?	¿RX de 30/90 días?	¿Se necesitan recargas?

Alergias: describa cualquier reacción alérgica a medicamentos, alimentos o el medio ambiente.

_____

_____

WILMINGTON HEALTH

Nombre_____ Fecha de nacimiento_____

Historial quirúrgico: si necesita espacio adicional, use el reverso de la hoja

Tipo de Cirugía (ejemplo: histerectomía)	**Fecha (año)**

Mantenimiento de la salud: traiga una copia de sus vacunas a su cita.

	Fecha	**Resultados**
Colonoscopía		
Mamografía (solo mujeres)		
Prueba de Papanicolaou (solo mujeres)		
DEXA (densidad ósea)		

Historia Social: ¿Cuál es su ocupación? _____

Estado Civil: ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Compañero

¿Con quien vives? _____

Uso de tabaco: ☐ Usuario actual ☐ Nunca usó ☐ Usuario anterior

Tipo usado: _____ Cantidad por día:_____

de años que usó: _____ Año de abandono:_____

Uso de alcohol: ☐ Usuario actua ☐ Nunca usó ☐ Usuario anterior

Tipo de alcohol: _____ Cuánto por semana:_____

Uso de drogas/abuso de sustancias: ☐ Usuario actual ☐ Nunca usó ☐ Usuario anterior

Historial familiar: indique su historial familiar en los cuadros a continuación

☐ Marque aquí si es adoptado (no hay antecedentes familiares disponibles)

Miembro de la familia biológica	**¿fallecido??**	**Enumere cualquier problema médico (con la edad en el momento del diagnóstico, si se conoce)**
Madre/padre 1		
Padre/padre 2		
Hermana(s)		
Hermano(s)		
Hija(s)		Edades:
Hijo(s)		Edades:
Abuela materna		
Abuelo materno		
Abuela paterna		
Abuelo paterno		
Otras relaciones		

AUTORIZACIÓN para el USO y/o DIVULGACIÓN de INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Autorizo el uso y/o divulgación de mi información de salud protegida, como se establece a continuación. Entiendo que esta autorización es voluntaria. Entiendo que, si las personas u organizaciones que autorizo a continuación son no son proveedores de atención médica, pueden divulgar aún más la información médica protegida y ya no puede estar protegido por las leyes federales de privacidad de la información de salud. **Esta autorización permanecerá en vigor hasta que un el aviso de cambio se proporciona por escrito.**

Información del paciente (letra de imprenta):

Nombre_____

Fecha de nacimiento:_____

Información médica protegida que se usará y/o divulgará:
Autorizo a Wilmington Health a discutir información médica sobre mi atención, resultados de pruebas, citas y/o información de facturación con alguien que no sea yo? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, autorizo a Wilmington Health a divulgar mi información médica protegida a los siguientes individuos, con quienes Wilmington Health puede comunicarse directamente:

	Nombre	Relación	Número de teléfono
1			
2			
3			

Autorizo a Wilmington Health a dejar un mensaje sobre mi atención médica en mi correo de voz.
Sí☐ No☐ En caso afirmativo, proporcione el número de teléfono:_____

¿Autorizo a Wilmington Health a enviar recordatorios de citas por mensaje de texto? Sí☐ No☐
En caso afirmativo, por favor proporcione el número de teléfono: _____

Tenga en cuenta que pueden aplicarse cargos de datos según su operador de telefonía celular.

Reconozco que me han informado sobre el Aviso de prácticas de privacidad de Wilmington Health. he tenido lleno oportunidad de leer y considerar el contenido del Aviso de Prácticas de Privacidad de Wilmington Health.
Firma_____ Fecha_____

Si esta autorización está firmada por un representante personal en nombre del paciente, complete lo siguiente:

Nombre del representante personal: _____

Relación con el paciente: _____

WILMINGTON HEALTH

1202 Medical Center Dr.
Attn: Medical Records
Wilmington, NC 28401

Phone: 910-341-3308
Fax Requests to: 910-341-3419
Fax Records to: 910-341-1900

Autorización para Uso, Divulgación y/o Solicitud de Información de Salud Protegida

Nombre del paciente:_____

Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono:_____

Dirección:_____

Ciudad:_____ Estado:_____ Código postal:_____

Información específica que se solicita:

☐ Todos los registros pediátricos
☐ Notas de Historia/Oficina
☐ Resultados de las pruebas de laboratorio
☐ Pruebas de Papanicolaou
☐ Mamografías
☐ Vacunas
☐ Informes de colonoscopia y/o EGD, incluidos los informes de patología asociados
☐ Informes de radiología (incluye densidad ósea, CT/CTA, MRI/MRA, vascular, etc.)
☐ Estudios de Cardiología
☐ Otro: (Sea lo más específico posible, ya que solo podremos proporcionar la información específica que indique)

Período de tiempo de los registros que se publicarán: (ejemplos: 1 año, 2016 - actual o últimas 3 visitas)

_____

A menos que esté inicializada, la siguiente información NO se divulgará ni divulgará:

_____ Estado de VIH/SIDA/enfermedad transmisible

_____ Abuso o tratamiento de alcohol y/o drogas

_____ Estado o tratamiento de salud mental

Entidades autorizadas para usar, divulgar o recibir: si las personas u organizaciones autorizadas a continuación no están proveedores de atención médica, pueden divulgar aún más la información de salud protegida y ya no puede ser protegido por las leyes federales de privacidad de la información de salud.

Registros solicitados DE:
¿De dónde vienen los registros?
Nombre del proveedor u organización:
_____
Dirección:_____
_____
Teléfono:_____
Fax:_____

Registros que se envían A:
¿Adónde se envían los registros?
Nombre del proveedor u organización:
_____
Dirección:_____
_____
Teléfono:_____
Fax:_____

1202 Medical Center Dr.
Attn: Medical Records
Wilmington, NC 28401

Phone: 910-341-3308
Fax Requests to: 910-341-3419
Fax Records to: 910-341-1900

Preferencia para la recepción de registros:

☐ Correo regularl
☐ Fax: _____
☐ Copia electrónica (disco)

El propósito del Uso, Divulgación y/o Solicitud: Es posible que se apliquen tarifas según la forma y el motivo de liberación de información.

☐ Cambio de proveedor/continuación de la atención
☐ Seguro
☐ Abogado
☐ Uso personal
☐ Otro: _____

Esta autorización vencerá: (elija uno)

☐ 2 años después de la muerte del paciente
☐ Tras la revocación por escrito
☐ Fecha futura: _____
☐ Al ocurrir el siguiente evento: _____

Al firmar a continuación, entiendo:

- Autorizo el uso y/o divulgación de mi información de salud protegida como se describe en este documento.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito de mi revocación. Yo entiendo que la revocación de esta autorización no afectará ninguna acción tomada en base a esta autorización antes de recibir la notificación de revocación de la autorización.
- Puedo negarme a firmar esta autorización y la solicitud se considerará nula y sin efecto.
- Wilmington Health no puede condicionar mi tratamiento a mi negativa a firmar esta autorización.

Firma:_____Fecha: _____
Últimos 4 dígitos del número de seguro social del paciente: _____

Si esta autorización está firmada por un representante personal en nombre del paciente, complete el siguiendo:

Nombre del representante personal: _____

Relación con el paciente: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

Si tiene inquietudes sobre sus derechos de privacidad, comuníquese con el funcionario de privacidad de Wilmington Health:

Teléfono: 910-796-7701 Fax: 910-772-1307 Dirección: 1202 Medical Center Dr. Wilmington, NC 28401

Correo electrónico: privacyofficer@wilmingtonhealth.com