

Yamhill Valley Surgical Center Registro de Pacientes

Por favor complete completamente

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
Apellido Primer nombre M.I.

Dirección: _____
Avenida ir caja postal Ciudad Estado Código post
(si recibe su correo en un PO Box, por favor incluya esta información - gracias)

Teléfono: _____ **Teléfono celular:** _____ **Teléfono de trabajo:** _____ **ext** _____

E-mail: _____ **Social Security #:** _____ **Sexo:** Masculino / Mujer

Medico Primaria MD: _____ **Estado civil:** Soltero / Casado / Viuda / Otro

Empleador: _____ **Estudiante Si/No**

Contacto de emergencia: _____ **Teléfono:** _____

Farmacia Preferida: _____ **Teléfono:** _____

Partido Responsable:

Nombre: _____ **Teléfono:** _____

Relación a paciente: (círculo) Propio / Esposo / Padre / Otro

Dirección: _____
Avenida Ciudad Estado Código post

Seguro médico primario: Si usted está inscrito con un plan de Medicare Advantage, proporcionan la ventaja de nombre del plan Advantage – **Or** - Si usted está inscrito en el Plan de salud de Oregon, indicar si estás tarjeta abierta o Managed care, es decir; Yamhill Community Care, Marion Polk Community Health, CareOregon, etc.

Nombre de seguro: _____ **ID#** _____ **Gropo#:** _____

Dirección de seguro: _____

Nombre de suscripto: (esposo, propio, padre): _____ **Fecha de nacimiento:** _____
(Importante! Complete la línea anterior)

Seguro Médico Secundario:

Nombre de seguro: _____ **ID#** _____ **Gropo#:** _____

Dirección de seguro: _____

Nombre de suscripto: (esposo, propio, padre): _____ **Fecha de nacimiento:** _____
(Importante! Complete la línea anterior)

Autorización para el tratamiento, Acuerdo Financiero, Aviso de Directiva Avancada

Me han ofrecido una copia de la Directiva Avanzada de Oregon.

He recibido una copia de las Derechos de Pacientes y Divulgación de Interés Financiera del Medico.

Firma de paciente/ responsable partido: **X** _____ Fecha: **X** _____

**Office Use **

Procedure: _____ **Date:** _____

Insurance Auth#: _____

Referring MD: _____ **Reason for Procedure:** _____

Por favor, Devuelva la documentación COMPLETA A MÁS TARDAR 48 HORAS antes de su procedimiento, junto con su tarjeta de seguro, para evitar la cancelación de su cita. ¡Gracias!

Información Médica

Yamhill Valley Surgical Center

Para facilitar su visita, proporcione la siguiente información:

Nombre: _____ Edad: _____

Haz una lista *de las cirugías* que hayas tenido:

Enumere *las condiciones médicas* para las que está actualmente bajo tratamiento:
(presión arterial alta, diabetes, enfermedades del corazón, asma, etc.)

Por favor, enumere cualquier *alergia* que tenga a los medicamentos y la reacción
(por ejemplo, penicilina –rash):

Indique si consume *tabaco, alcohol* o drogas *recreativas*:

Por favor, indique su comprensión de por qué está teniendo este procedimiento:

Medication Reconciliation Form

(Forma por Medicamentos)

Yamhill Valley Surgical Center

503-474-0650

Name (Nombre) _____ Procedure Date _____

(Fecha de procedimiento)

Please list all of your medications, the dosage, and number of times used per day. Include over the counter medicines and supplements. (Por favor lista de todos sus medicamentos, dosis, y número de veces por día. Incluyen los suplementos y vitaminas.)

Leave blank (No escribe)

Drug Medicamento	Dose (mg) Dosis (mg)	Times/day Veces/día	

Post-procedure instructions (Instrucciones después del procedimiento):

- ☐ Resume all previous medications (Reanude todos sus medicamentos)
- ☐ Stop these medications (Pare estos medicamentos): _____
- ☐ Hold for ___ days, then resume (Pare durante ___ días, luego reanude): _____
- ☐ Add the following medications (Añada estos medicamentos): _____

Nurse signature

Physician signature

Time

Divulgación de Información

Por la presente autorizo la divulgación de toda la información de la carta a mis compañías de seguros.

Al leer esto, se me ha informado que mi información puede ser enviada a proveedores de atención primaria, personal del hospital, personal de laboratorio, agencias de facturación o cobro y personal del registro de cáncer según sea necesario para mi atención médica y para fines de facturación.

También entiendo que J. Scott Gibson M.D., P.C. y Yamhill Valley Surgical Center, Inc. y su personal harán esfuerzos razonables para proteger mi privacidad y para asegurar que ninguna persona no autorizada tenga acceso a mi información personal.

Los mensajes telefónicos (incluidas las citas y los resultados del laboratorio) se pueden dejar en el equipo de mensajes en _____
(Código de área y número de teléfono)

He leído y entiendo lo anterior:

X _____
Firma del paciente Fecha

Por la presente autorizo la divulgación de mi información a:

Nombre

Esto puede incluir notas de la tabla, resultados de laboratorio y radiología, plan de tratamiento, seguro e información de la cuenta. Esta versión no incluirá ninguna información personal de seguridad social o licencia de conducir.

X _____
Firma del paciente Fecha

Aviso de facturación

Para suprocedimiento, se le facturarán tres entidades, **Yamhill Valley Surgical Center, Inc.** para la prestación de servicios de procedimiento, el proveedor de anestesia, y su cirujano para la prestación de servicios médicos profesionales. Por lo tanto, usted y su seguro recibirán dos facturas separadas. Si se toman biopsias, usted y su seguro también recibirán una factura de un laboratorio de patología que no tiene ninguna asociación financiera con Yamhill Valley Surgical Center, Inc. o su cirujano.

Asignación de beneficios de seguro

Por la presente asigno todos los beneficios médicos y quirúrgicos, para incluir beneficios médicos importantes para los cuales yo y/ o mis dependientes tienen derecho. Por la presente autorizo y dirijo a mi(s) compañía(s) de seguros, incluyendo Medicare, Medicaid, seguro privado y cualquier otro plan de salud/médico, para emitir el pago directamente a **Yamhill Valley Surgical Center, Inc.**

Autorización para divulgar información

Por la presente autorizo **Yamhill Valley Surgical Center, Inc.** para: (1) divulgar cualquier información necesaria a las compañías de seguros, incluyendo Medicare y Medicaid con respecto a mi enfermedad y tratamientos; 2) tramitar las reclamaciones de seguros generadas en el curso del examen y el tratamiento; y (3) permitir que una fotocopia de mi firma se utilice para procesar reclamos de seguros durante el período de por vida. Esta orden permanecerá en vigor hasta que yo lo revoque por escrito.

Responsabilidad Financiera

He solicitado servicios médicos de **Yamhill Valley Surgical Center, Inc.** para mí y/ o mis dependientes, y entender que al hacer esta solicitud, me hago totalmente responsable financieramente de todos y cada uno de los cargos incurridos en el curso del tratamiento autorizado.

Además, entiendo que los cargos son debidos y pagaderos al recibir un estado de cuenta de facturación y acepto pagar todos los cargos incurridos en su totalidad inmediatamente después de la presentación, a menos que se hagan otros arreglos por adelantado.

Una fotocopia de estas asignaciones será válida como original.

Paciente (por favor imprima) _____

Padre/Guardián/POA (por favor imprima) _____

Firma: **X** _____ **Fecha:** **X** _____

Derechos y Responsabilidades de los Pacientes Yamhill Valley Surgical Center

Responsabilidades de los pacientes

El paciente o su representante es responsable de: Sea respetuoso al personal y a otros en la instalación.

Proporcionar información completa y exacta a lo mejor de su habilidad sobre su salud, medicamentos (incluyendo suplementos y medicamentos de venta libre), y alergias o sensibilidades.

Siga el plan de tratamiento prescrito por su proveedor y participar en su cuidado.

Proporcionar un adulto responsable para el transporte le inicio de la instalación y permanecer con él durante 24 horas, si es requerido por el proveedor.

Aceptar la responsabilidad financiera por los cargos no cubiertos por su seguro.

Solicitamos para traer una copia de su directiva avanzada al procedimiento, si tienes uno.

Derechos del paciente

Divulgación de información. Usted tiene el derecho a la información precisa y fácil de entender sobre su procedimiento, profesionales de salud y centro de atención médica. Si habla otro idioma, tiene una discapacidad física o mental o entiendo algo, debe prestarse ayuda para que pueda tomar decisiones de atención de salud.

Participación en las decisiones de tratamiento. Usted tiene el derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención. Los padres, tutores, miembros de la familia u otros que selecciona pueden representarle si no puede tomar sus propias decisiones.

Directiva avanzada. Conformidad con la política de la instalación, usted puede recibir, previa petición, una directiva avanzada que le permite especificar las opciones de atención médica y asigne a un representante de cuidado de la salud en caso de que usted es incapaz de tomar decisiones por sí mismo. Si desea obtener información sobre la ley de Oregon por adelantado, usted puede encontrar en http://www.oregon.gov/DCBS/SHIBA/advanced_directives.shtml. Si haces tus deseos sobre el cuidado de resucitación conocido por el personal de Yamhill Valley Surgical Center, cumpliremos con su petición a la mejor de nuestras capacidades.

Respeto y la no discriminación. Usted tiene derecho a atención considerada y respetuosa de sus médicos, representantes del plan de salud y otros proveedores de atención médica que no discrimina contra ti. Usted tiene el derecho de estar libre de toda forma de abuso o acoso.

Confidencialidad de la información de salud. Usted tiene el derecho a hablar en privado con los proveedores de cuidado de la salud y a tener su información de salud protegida. Usted también tiene el derecho a leer y copiar su propio expediente médico. Usted tiene el derecho de pedir que su médico cambiar su registro si no es correcta, relevante o completo.

Facturación. Todos los pacientes tienen el derecho a examinar y recibir una explicación de su cuenta, independientemente de la fuente de pago.

Quejas y apelaciones. Usted tiene el derecho a una justa, rápida y revisión objetiva de cualquier queja tiene en contra de su médico, centro de salud u otro personal de salud. Esto incluye las quejas sobre los tiempos de espera, de horas de funcionamiento, las acciones de cuidado de la salud personal y la adecuación de los centros de salud. Si usted tiene una queja o un reclamo, usted puede presentar verbalmente o por escrito a cualquier miembro del personal y el asunto será llevado a la Comisión de aseguramiento de la calidad dentro de dos semanas. Se le informará de los resultados de la evaluación de su queja y, si procede, tomar cualquier acción correctiva.

Privacidad y atención. Usted tiene el derecho a la intimidad personal y a recibir atención en un ambiente seguro.

Para registrar las quejas puede comunicarse con la oficina del Defensor del pueblo de Medicare en:

<http://www.medicare.gov/claims-and-appeals/medicare-rights/get-help/ombudsman.html>

También puede comunicarse con la división de salud pública de Oregon--Reglamento de salud y mejoramiento de la calidad, 800 NE Oregon St., Ste.465, Portland, OR 97232, 971-673-0540. Email: mailbox.HCLC@odhsoha.oregon.gov

Divulgación financiera de interés médico

El procedimiento está programado para realizarse en Yamhill Valley Surgical Center, ubicado en 2375 NE Cumulus Ave., McMinnville, Oregon. Esta instalación es propiedad exclusiva del Dr. Scott Gibson. Usted tiene el derecho a obtener servicios de atención médica en cualquier hospital o centro quirúrgico y de cualquier proveedor de su elección.

Updated: 2/1/24