

Gracias por seleccionar a **Community Medicine Foundation, Inc.** (Fundación de Medicina para la Comunidad) para su atención médica.

Adjunto se encuentra un paquete de registro para paciente nuevo. Para prevenir retras, por favor tenga estas formas completadas cuando venga a su cita.

Fecha de cita: _____

a las: _____ **con el Dr.:** _____

Por favor llegue al menos 30 minutos antes de su cita para completar los formularios de inscripción y el proceso de registro. Si llegas tarde, tendrás que reprogramar.

Por favor recuerde traer lo siguiente:

- ❖ Tarjeta de Aseguradora Privada
- ❖ Identificación con Fotografía
- ❖ Cartilla de Vacunación – para Niños
- ❖ Todos los Medicamentos – **(Traiga TODOS sus Frascos)**
- ❖ Tarjetas de Medicaid y/o Medicare
- ❖ Tarjeta de Seguro Social
- ❖ Acta de Nacimiento (para Niños)

Si usted no tiene aseguradora, TAMBIEN puede traer la siguiente información para verificar sus ingresos económicos y el número de familiares en su casa que dependan del mismo ingreso:

- ❖ Tarjetas de Seguro Social de **TODOS** los miembros de la casa.
- ❖ Identificación con Fotografía de **TODOS** los miembros de su casa.
- ❖ Dos talones de cheque de **TODOS** los miembros de la casa que estén trabajando. Si usted **es su propio jefe**, traiga su última Declaración de Impuestos.
- ❖ Si es desempleado, traiga una impresión de la Oficina de Desempleo (SC Emplomen Security Comisión, ubicada en 1228 Fincher Road, Rock Hill, SC **(803-328-3881)**).
- ❖ Usted puede usar un Estado de Cuenta si es que recibe cheque del Seguro Social, Retiro o Incapacidad.
- ❖ Necesitamos identificación válida de Sur de Carolina o factura. La factura (luz, electricidad o teléfono comporium) debe contener el nombre de la paciente que tiene cita.

Cualquier paciente que no proporciona esta información en su primera visita automáticamente NO obtendrá ningún descuento.

Su cita es en la localidad circulada:

**North Central
1131 Saluda Street
Rock Hill, SC 29730
803-325-7744**

**North Central Chester
115 Cestrain Square
North Central Chester
Chester, SC 29706
803-581-0574**

**North Central Pediátrica Center
225 S Herlong Ave, Suite 250
Rock Hill, SC 29730
803-325-8742**

Se requiere el pago en su totalidad al momento de su cita. Por su conveniencia, aceptamos efectivo, cheques personales, tarjetas de debito y de crédito.

**LOS NINOS SON BIENVENIDOS PERO DEBEN ESTAR SUPERVISADOS
POR UN ADULTO EN TODO MOMENTO. NUESTRO PERSONAL NO
TIENE PERMITIDO CUIDAR A SUS NINOS.**

FUNDACIÓN DE MEDICINA PARA LA COMUNIDAD, INC.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE									
Nombre: Primer nombre			Segundo nombre		Apellido(s)		Fecha de Nacimiento (Mes /Día /Año) / /		
Sexo: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Calle:		Ciudad		Estado		Código Postal		
Teléfono (casa): () -		Teléfono (Día): () -		Celular: () -		# de Seguro Social - -		Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado	
Relación con la persona responsable: <input type="checkbox"/> Usted mismo (a) <input type="checkbox"/> Esposo (a) <input type="checkbox"/> Hijo (a) <input type="checkbox"/> Otro			A cuál de las siguientes etnias siente usted que pertenece? <input type="checkbox"/> Hispano (a) <input type="checkbox"/> No Hispano (a)			Rango de Pago: \$0—\$10,000 Solo Pacientes \$10,001—\$20,000 Con Seguro \$20,001—\$30,000 Medico		\$30,001—\$40,000 \$40,001—\$50,000 over \$60,000 Circule la respuesta que le corresponda a usted	
A cuál de las siguientes razas siente usted que pertenece? <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Del Medio Oriente <input type="checkbox"/> De las Islas Pacificas <input type="checkbox"/> Multirracial					U.S. Veteran: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Vivienda Pública o 8 Sección: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Migratorio/Temporal/Trabajador del Campo: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Sin casa: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Rentando casa o Departamento: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Dueño de casa o Departamento: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Temporal: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Otro: _____				
INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE									
(Escriba el nombre de la persona que es responsable de la parte financiera de esta cuenta)									
Nombre: Primer nombre			Segundo nombre		Apellido(s)			# de Seguro Social - -	
Calle:			Ciudad		Estado			Código Postal	
INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA									
Nombre de Emergencia:					Teléfono () -				
ASEGURADORA									
Nombre de Aseguradora:					# de Identificación:				
Nombre del Asegurado:					Fecha de Nacimiento (Mes /Día /Año) / /				
AUTORIZACIÓN Y ASIANAMIENTO									
Yo, entiendo que soy financieramente responsable por los servicios que me sean proporcionados y autorizo a Fundación de Medicina para la Comunidad, Inc. Proporcionar cualquier información médica requerida para recibir el pago de los servicios que me sean proporcionados, así sean procesados a MEDICAID, MEDICARE o Aseguradora (s) Privada (s). En caso de no cumplir a tiempo con mis pagos puedo ser cancelado mis servicios médicos serán cancelados en el Centro excepto cuando mi vida este en peligro en caso de emergencia. Yo entiendo que si en algún momento mi cuenta tiene mas de 120 días de vencida, mi salado será tomado como mal crédito y se enviará a la Agencia Colectora, y se me cancelará como paciente en esta organización.									
Firma:					Fecha: / /				
Personal de NCFMC:									

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **# de Cuenta:** _____

(Firma del Paciente) _____ (Fecha) _____

(Testigo de NCFMC) _____

***Al dar su consentimiento a este formulario, usted esta de acuerdo en seguir todas las reglas y regulaciones de Community
Medicine Foundation Inc. DBA, North Central Family Medical Center.**

Community Medicine Foundation, Inc. DBA North Central Family Medical Center

Autorización del paciente para el uso y divulgación de información protegida sobre la salud

Al firmar, autorizo a Community Medicine Foundation, Inc. DBA North Central Family Medical Center a usar y / o divulgar cierta información de salud protegida (PHI) sobre mí a la (s) siguiente (s) persona (s).

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Esta autorización permite que Community Medicine Foundation, Inc. DBA North Central Family Medical Center use y / o divulgue la siguiente información de salud individualmente identificable acerca de mí (resultados de laboratorio, información sobre medicamentos recetados, detalles de la visita a la oficina)

La información del paciente será utilizada o divulgada a petición del individuo. Esta autorización expirará en un año.

No tengo que firmar esta autorización para recibir tratamiento por parte de Community Medicine Foundation, Inc. DBA North Central Family Medical Center.

De hecho, tengo el derecho de negarme a firmar esta autorización. Cuando mi información sea utilizada o revelada de acuerdo con esta autorización, puede ser objeto de nueva revelación por parte del receptor y puede que ya no esté protegido por la Regla de Privacidad de HIPAA. Tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito, excepto en la medida que la práctica ha actuado en base a esta autorización. Mi revocación escrita debe ser presentada al oficial de privacidad en:

Community Medicine Foundation, Inc.
DBA North Central Family Medical Center
1131 Saluda Ave.
PO Box 28
Rock Hill, SC 29730

Firmado por: _____

_____	_____
Firma del paciente o tutor legal	Relación con el paciente
_____	_____
Imprimir Nombre del paciente	Fecha

Nombre del paciente o tutor legal, si corresponde	

Se debe proporcionar al paciente / tutor una copia firmada de este formulario de autorización

Firma del personal / fecha

NOTIFICACION HIPAA SOBRE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Community Medicine Foundation

En Efecto el Dia: 23 de Septiembre, 2013

ESTE DOCUMENTO DESCRIBE COMO LA INFORMACION DE SU SALUD PODRIA SER USADA Y DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION

POR FAVOR EXAMINELA CON CUIDADO

Si tiene preguntas acerca de este folleto, por favor comuníquese con Gina B. Howard, Oficial del Cuidado de Salud y Cumplimiento de HIPAA al teléfono, (803) 325-7744.

QUIEN SEGUIRA LOS TERMINOS DE ESTE FOLLETO:

North Central Family Medical Center
North Central Family Medical Center, oficina en Chester
North Central Centro Pediátrico y de Adolescentes
North Central Family Medical Center, Workman St.

Este folleto describe nuestra práctica de privacidad. Nosotros estamos afiliados con:

North Central Family Medical Center
North Central Family Medical Center, oficina en Chester
North Central Centro Pediátrico y de Adolescentes
North Central Family Medical Center, Workman St.

Todos estos Centros Médicos han adoptado los términos de este folleto. Además estos Centros Médicos podrían compartir información de un departamento a otro para tratamiento, pago u operaciones para el cuidado de su salud descritas en este folleto.

NUESTRA RESPONSABILIDAD RESPECTO A LA INFORMACION DE SALUD:

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber lo antes posible si se produce un incumplimiento que pueda haber puesto en peligro la privacidad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este folleto y le daremos una copia de la misma.
- No usaremos o compartiremos su información distinto a lo descrito aquí, a menos que nos autorice por escrito que lo podemos hacer.
- Una vez autorizado usted puede cambiar su opinión en cualquier momento.
- Si cambia de opinión nos los debe hacer saber por escrito.

Para mayor información visite:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

SUS DERECHOS: Cuando se trata de su información médica usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico

Usted puede pedir ver u obtener una copia en papel de su historia clínica y otra información médica que tenemos sobre usted.

Pregúntenos como hacerlo.

Nosotros le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, por lo general dentro de los 30 días de solicitud.

Podemos cobrar una tarifa razonable.

Pedirnos que corrijamos sus archivos médicos

Usted puede pedirnos que corrijamos su información de salud que piense no esta correcta o esta incompleta. Pregúntenos como.

Podemos decir que "no" a su petición, pero le diremos la razón por escrito en un plazo de 60 días.

Solicitar Comunicaciones confidenciales

Usted puede pedirnos que nos pongamos en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo, casa u oficina (por teléfono) o envíarle por correo a una dirección diferente. Vamos a decir que "sí" a todas las peticiones razonables.

Pedirnos limitar la información que usamos o compartimos

Usted nos puede pedir que no usemos o compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago o nuestras operaciones.

No estamos obligados a acceder a su petición, y podemos decir que "no" si podría afectar su cuidado.

Si usted paga por un servicio o un artículo médico de su bolsillo, puede pedirnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o de nuestras operaciones con su compañía de seguro de salud. Dirémos que "sí" a menos que una ley requiera que compartamos la información.

Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido información

Puede solicitar una lista (contable) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los últimos 6 años, con quien la compartimos y por qué. Vamos a incluir todas las revelaciones, excepto para aquellos sobre el tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud, y ciertas otras informaciones (como cualquiera que nos pida que haga. Vamos a proveerle una de un año de forma gratuita pero se cobrará una tarifa razonable, basada en el costo si pide otra dentro de 12 meses que ya había pedido la primera.

Obtener una copia de este aviso de privacidad

Usted puede pedir una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir la notificación electrónica. Le daremos una copia en papel con prontitud.

Elegir a alguien para que actúe en su lugar

Si usted a dado a alguien un poder médico legal o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información de salud. Nos aseguraremos que esta persona tiene esta autoridad y puede actuar en su nombre antes de tomar cualquier acción.

Presentar una queja si considera que sus derechos son violados

Puede presentar una queja si siente que hemos violado sus derechos contactándonos usando la información de la **página 1**.

Usted puede presentar una queja ante la Oficina del Departamento de Salud 03.3frm015 v-4.0 y Servicios Humanos de los Derechos Civiles de Estados Unidos mediante el envío de una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.

SUS OPCIONES: Para cierta información de salud, usted puede darnos sus opciones de como la podemos compartir. Si usted tiene una preferencia clara de la forma en que compartimos su información en las situaciones abajo descritas. Hable con nosotros. Díganos que quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos usted tiene ambos derechos y opciones de decirnos que:

Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otros involucrados en el cuidado de su salud.

Compartir información en una situación de socorro.

Contactarlo para recaudar fondos.

Si usted no es capaz de decirnos su preferencia, por ejemplo si usted está inconsciente podemos compartir su información si creemos que es para su beneficio.

También podemos compartir su información para disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.

En estos casos nunca compartimos su información a menos que usted nos de autorización por escrito:

(1) Con fines de Mercadeo (2) Vender su información (3) Intercambio de notas de psicoterapia

En el caso de recaudación de fondos:

Podemos comunicarnos con usted para recaudar fondos, pero usted puede decirnos que no lo contactemos de nuevo.

NUESTROS USOS Y REVELACIONES: Cómo nosotros usamos o compartimos su información de salud? Normalmente usamos o compartimos su información de salud de la siguiente manera.

(1) Para el Tratamiento

Podemos usar y compartir su información de salud con otros profesionales que le están dando tratamiento.

Por ejemplo:

Un médico que lo está tratando por una lesión le pregunta a otro médico su estado de salud general.

(2) Ejecutar nuestra organización:

Podemos usar y compartir su información de salud para ejecutar nuestra Práctica, mejorar su atención médica y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario.

Por ejemplo: Usamos la información sobre su salud para manejar su tratamiento y los servicios.

(3) Facturación por sus servicios:

Podemos usar y compartir su información médica para facturar y recibir el pago de los planes de salud u otras entidades.

Por ejemplo: Damos información sobre usted a su plan de seguro de salud para que pague por los servicios.

De que otra forma podemos usar o compartir su información de salud?

- Se nos permite o nos obliga a compartir su información de otras maneras - por lo general de maneras que contribuyan al bienestar público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones ante la ley antes que podamos compartir su información para estos fines.
- De que otra forma podemos usar o compartir su información de salud? Se nos permite o nos obliga a compartir su información de otras maneras - por lo general de maneras que contribuyan al bienestar público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones ante la ley antes que podamos compartir su información para estos fines.

Para mayor información visite:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.htm

Ayuda con los problemas de seguridad y salud pública

- Podemos compartir su información de salud para ciertas situaciones tales como:
- Prevenir enfermedades
- Ayudando con la devolución de productos
- Reportando cuando las medicinas dan reacciones adversas
- Reportando cualquier sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica

Para propósitos de Investigación

Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.

Cumplir con la Ley

Vamos a compartir información sobre usted cuando las leyes estatales o federales lo requieran, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, con propósitos de cumplimiento de las leyes federales de privacidad.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos

Podemos compartir información sobre su salud con las organizaciones de adquisición de órganos.

Trabajar con un medico forense o director de funeraria

Podemos compartir información de salud con un juez de instrucción, un médico forense o un director de funeraria cuando una persona muere.

Compensación del trabajador, personal de la ley, y otras solicitudes del gobierno. Podemos usar o compartir información sobre su salud:

Para reclamación de indemnización de trabajadores

Con fines policiales o con un agente de la ley

Con los organismos de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley

Para las funciones especiales del gobierno tales como la seguridad nacional, militar y los servicios de protección presidenciales

Responder a acciones de pleitos y legales

Podemos compartir información sobre su salud en respuesta a una orden Judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

CAMBIOS A LOS TERMINOS DE ESTE AVISO

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a petición, en nuestra oficina y en nuestro sitio en internet.

Aceptación de Recibo de esta Notificación

Le pediremos que firme una hoja por separado aceptando que recibió una copia de esta notificación. Si no quiere o no puede firmar, un miembro del personal lo hará por usted y pondrá la fecha en que fue aceptado. Esta hoja de aceptación la guardaremos en su archivo.

Fecha _____

Expiración de Tarifa de Descuento _____

Código de Tarifa de Descuento _____

NORTH CENTRAL FAMILY MEDICAL CENTER
CENTRO MEDICO FAMILIAR CENTRAL DEL NORTE
SOLICITUD PARA TARIFA DE DESCUENTO

MIEMBROS FAMILIARES					
Nombre	Sexo	Fecha de Nacimiento	Relación	Número de Seguro Social	Tarjeta de Identificación

TOTAL EN VIVIENDA					
--------------------------	--	--	--	--	--

INGRESOS EN VIVIENDA			
-----------------------------	--	--	--

	USTED (A)	ESPOSO(A) (B)	OTRO (C)
1. DECLARACIÓN DE IMPUESTOS			
2. INGRESO MENSUAL BRUTO			
3. ASISTENCIA PÚBLICA AFDCA			
4. BENEFICIOS DEL SEGURO SOCIAL			
5. DESEMPLEO			
6. PENSIÓN			
7. COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR			
8. SSI / ASEGURADORA POR DISCAPACIDAD			
9. BENEFICIOS DE VETERANO			
10. RETIRO			
11. MANUTENCIÓN INFANTIL			
12. PAGOS POR DIVORCIO			
13. OTRO (ESPECIFIQUE)			
TOTAL INGRESO TOTAL DE MIEMBROS FAMILIARES			

YO, CERTIFICO QUE LOS INGRESOS Y OTRA INFORMACIÓN DE REGISTROS QUE HE DADO A NCFMC ES CON LA INTENCIÓN DE RECIBIR SERVICIO MÉDICO DEL PERSONAL AUTORIZADO DE NCFMC Y ES CORRECTO Y COMPLETO.

FIRMA _____ PERSONAL DE NCFMC _____
 (Si es menor, custodia legal)

COMMUNITY MEDICINE FOUNDATION, INC



Los beneficios de ser un paciente
De
La Farmacia en Community Medicine Foundation, Inc.
DBA
North Central Family Medical Center

- TM Precios bajos todos los días
- TM Selección de medicamentos genéricos de \$3.99
- TM Personal servicial y cortés
- TM Atención Personal
- TM Aceptamos la mayoría de los planes RX



Ahora estamos abiertos los sábados de

9:30 am until 1:30 pm
(Rock Hill Solamente)

Ven a vernos hoy

Horas de operación

De lunes a viernes de 8:30 am a 5:30 pm
sábados 9:30 am hasta 1:30 pm

Cerrado durante horas de almuerzo
de lunes a viernes de 12:30 a 13:30.

Seleccione Genéricos