

Clínica Newton Creek

Registro de pacientes



Información del paciente:

Nombre de pila

A MÍ

Fecha de nacimiento:

Seguridad social:

Apellido

Sexo:

☐

Femenino

☐

Masculino

☐

Otro:

Dirección de envío:

Ciudad

Estado:

Cremallera:

Teléfono de casa

Teléfono móvil

Buzón de voz:

Mensajes de texto:

☐

Sí

☐

No

☐

Sí

☐

No

Correo electrónico:

Estado civil:

☐

Soltero

☐

Casado

☐

Divorciado

☐

Viudo

Optar por no recibir correos electrónicos

☐

Farmacia preferida:

Empleador paciente

Número de teléfono del empleador

Dirección del empleador

Ciudad

Estado

Cremallera

Intérpretes de lenguaje de señas y orales gratuitos, así como materiales traducidos y formatos alternativos, están disponibles para usted sin costo alguno para sus citas.

¿Necesita uno de estos servicios?

☐

Letra grande

☐

Braille

☐

Traductor - Idioma:

Idioma preferido:

Carrera:

Etnicidad:

☐ Nativo de Alaska

☐ asiático

☐ Nat y o

hawaiano

☐ Rechazar

☐

Hispano/Latino

☐ Amerindio

☐ Negro/Afroamericano

☐ Otro blanco

☐ Otro:

☐

No Hispano

☐

Rechazar

Información del seguro

Seguro Primario:

Seguro secundario:

Número de identificación:

Número de grupo:

Número de identificación:

Número de grupo:

Titular de la póliza:

Titular de la póliza:

Fecha de nacimiento del titular de la póliza:

Fecha de nacimiento del titular de la póliza:

Relación con el paciente:

Relación con el paciente:

\$Co-pago

Fecha de entrada en vigor:

\$Co-pago

Fecha de entrada en vigor:

Teléfono: 541-229-7038

Fax: 541-464-4474

Correo electrónico:

register@umpquahealth.com

Sitio web:

www.umpquahealthclinic.com

Dirección: 3031 NE

Stephens Street,

Roseburg OR 97470

Clínica Newton Creek

Registro de pacientes



Información de la parte financiera responsable:

Nombre de pila

Apellido

Número de teléfono:

DIRECCIÓN

Ciudad

Estado

Cremallera:
a:

Relación con el paciente: ☐ Ser

☐ Cónyuge

☐ Padre

☐ Tutor legal

¿Tiene usted documentación de poder notarial o de tutela? ☐ Sí
☐ No

Información de contacto de emergencia:

Al agregar la siguiente información, usted permite que Umpqua Health Newton Creek hable o deje un mensaje con respecto a la información del paciente solo para situaciones de EMERGENCIA.

Nombre de pila	Número de teléfono:
Apellido	Relación con el paciente:

Divulgación de información:

Al agregar la siguiente información, usted permite que Umpqua Health Newton Creek hable o deje un mensaje con respecto a la atención médica, los registros, la programación de citas o la información de pago del paciente.

Nombre de pila	Número de teléfono:
Apellido	Relación con el paciente:

Nombre de pila	Número de teléfono:
Apellido	Relación con el paciente:

Salvo que la ley lo permita específicamente, los siguientes tipos de información no se divulgarán a menos que yo autorice la divulgación colocando mis iniciales en los espacios a continuación:

_____ diagnóstico de VIH

_____ Información/registros de pruebas genéticas

_____ Información sobre diagnóstico, tratamiento o derivación de drogas y alcohol

_____ Enfermedades de transmisión sexual

_____ Información y/o registros de salud mental

Teléfono: 541-229-7038
Fax: 541-464-4474

Correo electrónico:
register@umpquahealth.com

Sitio web:
www.umpquahealthclinic.com

Dirección: 3031 NE
Stephens Street,
Roseburg OR 97470

Clínica Newton Creek

Registro de pacientes



ACUERDO DE CANCELACIÓN, TARDANZAS E INCOMPARECENCIA DEL PACIENTE

Umpqua Health Newton Creek se esfuerza por brindar a cada paciente atención personalizada de calidad y la mejor atención posible. Si no puede asistir a una cita, debe llamar y cancelarla con al menos 24 horas de anticipación para reprogramarla. Esto libera citas para otros pacientes que necesitan atención médica inmediata. Si un paciente no se presenta, otro paciente enfermo podría haber sido atendido en su lugar. Como cortesía, Umpqua Health Newton Creek confirma cada cita mediante mensajes de texto, llamadas y correos electrónicos recordatorios con anticipación. Sin embargo, es responsabilidad del paciente programar o cancelar citas y asegurarse de proporcionar la información de su seguro, direcciones postales y números de teléfono actualizados.

Umpqua Health Newton Creeks sigue las pautas a continuación:

- **Inasistencia:** Una cita de un paciente que no se ha cancelado con al menos 24 horas de anticipación. En caso de inasistencia, el paciente recibirá un mensaje de texto notificándole que ha perdido una cita y recordándole que debe cancelarla con 24 horas de anticipación.
- **Política de llegada tardía:** Se espera que los pacientes lleguen a tiempo a sus citas programadas.
Se permitirá un período de gracia de 7 minutos.
 - Si un paciente llega con más de 7 minutos de retraso, es posible que no sea atendido y deberá reprogramar su cita para la próxima disponible.
 - Si el horario del proveedor lo permite, se puede incorporar al paciente, pero esto no está garantizado.
 - Los pacientes con necesidades urgentes pueden ser derivados a Atención de Urgencia para una evaluación el mismo día.

Declaración del paciente

Al firmar a continuación, acepto lo siguiente:

Atestación del paciente

Al firmar a continuación, acepto lo siguiente:

- Autorizo a Umpqua Health Newton Creek a brindar el tratamiento necesario al paciente mencionado anteriormente.
- Autorizo a Umpqua Health Newton Creek a divulgar información sobre mi tratamiento a mi compañía de seguros para fines de facturación.
- Autorizo el pago de beneficios médicos a Umpqua Health Newton Creek por los servicios prestados.
- Entiendo que soy responsable de todos los cargos incurridos a través de Umpqua Health Newton Creek.
- Solicito que el pago bajo el programa de seguro médico se realice al proveedor mencionado anteriormente en cualquier factura por servicios prestados durante el período de vigencia de esta autorización y autorizo la divulgación a la Administración del Seguro Social de cualquier información necesaria para este reclamo o cualquier reclamo relacionado con Medicare.
-

Período de autorización: **hasta que se revoque**

Nombre impreso o nombre de los representantes legales del paciente

Fecha

Firma del paciente o representantes legales

Relación con el paciente

Teléfono: **541-229-7038**
Fax: **541-464-4474**

Correo electrónico:
register@umpquahealth.com

Sitio web:
www.umpquahealthclinic.com

Dirección: **3031 NE
Stephens Street,
Roseburg OR 97470**