

**Children's Heart Center of Central Oregon**  
**Registro del Paciente**

**Información del Paciente**

Nombre: APELLIDOS \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ PRIMER \_\_\_\_\_ SEGUNDO \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género:  Masculino  Femenino  Otro  
Pronombre:  él/el  ella/ella  ellos/ellos  otro, por favor especifique: \_\_\_\_\_  
Dirección del paciente: \_\_\_\_\_  
Teléfono Móvil (si corresponde): \_\_\_\_\_

**Padres/Guardianes**

1) Nombre: Apellidos \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ nombres \_\_\_\_\_  
Relación:  Madre  Padre  otro (por favor especifique \_\_\_\_\_)  
Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_ Otro teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección (si es diferente a la de arriba): \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_  
 Contacto principal (la persona con quien Podemos contactarnos para citas, confirmar citas, resultados de exámenes, etc.)

Nombre: Apellidos \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_  
Relación:  madre  padre  otro (por favor especifique \_\_\_\_\_)  
Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Otro teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección (si es diferente al de arriba): \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Contacto principal (la persona con quien Podemos contactarnos para citas, confirmar citas, resultados de exámenes, etc.)

2) Nombre: Apellidos \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_  
Relación:  madre  padre  otro (por favor especifique \_\_\_\_\_)  
Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Otro teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección (si es diferente al de arriba): \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Contacto principal (la persona con quien Podemos contactarnos para citas, confirmar citas, resultados de exámenes, etc.)

3) Nombre: Apellidos \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_  
Relación:  madre  padre  otro (por favor especifique \_\_\_\_\_)  
Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Otro teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección (si es diferente al de arriba): \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Contacto principal (la persona con quien Podemos contactarnos para citas, confirmar citas, resultados de exámenes, etc.)

**Para Contacto primario:**

Si no Podemos contactarle por llamada telefónica, por favor seleccione todo lo que corresponda:

- Podemos enviarle un texto
- Podemos enviarle un correo electrónico
- Podemos dejarle un mensaje en su casillero de voz
- Podemos dejarle un mensaje con otro padre/guardián

**Parte Responsable**

Nombre: APELLIDOS \_\_\_\_\_ NOMBRES \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ Género: Masculino Femenino Otro

Si no se ha mencionado arriba:

Dirección: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Otro Teléfono: \_\_\_\_\_

**Información de Seguro de Salud**

SEGURO	Número de identificación	Nombre del Asegurado	Fecha de Nacimiento del beneficiario
Primario			
Secundario			

Contacto de Emergencia, si no se ha mencionado arriba:

Nombre: APELLIDOS \_\_\_\_\_ NOMBRES \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Otro teléfono: \_\_\_\_\_

Algún otro individuo que no se ha mencionado arriba quien esté autorizado para buscar asistencia médica para mi hijo:

Nombre	Relación para con mi hijo

**ACUERDO FINANCIERO**

Yo, el firmante,

no tengo cobertura de seguro médico

tengo cobertura de seguro médico y autorizo pagos directo a favor de The Children’s Heart Center of Central Oregon.

Yo acepto que me haré financieramente responsable por todos los cargos ya sea que el Seguro de salud los cubra o no. **Habrá un 10% de sobrecargo anual por las facturas que no se paguen dentro de un plazo de 30 días. Las cuentas o saldos pendientes que no hayan sido canceladas dentro de un periodo de 90 días podrán ser enviadas a una agencia de cobro.** SI SE HICIERA NECESARIO USAR UNA COMPAÑIA DE COLECCIÓN, EL FIRMANTE ESTÁ DE ACUERDO EN PAGAR TODOS LOS COSTES Y GASTOS INCLUYENDO LOS PAGOS RASONABLES DE UNA ABOGADO. Además, yo autorizo a CHCCO para que tenga acceso y de acceso de información necesario para facilitar el tratamiento, pagos u otras actividades para el cuidado médico.

Entiendo que habrá un sobrecargo de \$100 por aquellas citas a las cuales no me presente (“no shows”) y por las citas que no se cancelen dentro de un periodo de antelación de 24 horas.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre Impreso: \_\_\_\_\_

Patient Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_



### POLÍTICA DE CITAS PERDIDAS (NO PRESENTARSE)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Lea atentamente y ponga sus iniciales a continuación:

En CHCCO, nuestro objetivo es brindar un excelente servicio de manera oportuna por lo tanto, necesitamos su ayuda.

Las citas canceladas, las citas perdidas y llegar atrasado a una cita afectan nuestra capacidad de permanecer abiertos, según lo programado, dar citas oportunas a los pacientes que las necesitan y brindar un excelente nivel de atención. Hacemos un esfuerzo por acomodarnos en nuestra programación, de modo que se puedan satisfacer las necesidades de nuestros pacientes. Aunque siempre les hemos pedido a nuestros pacientes y sus familias que nos notifiquen si no pueden asistir a su cita, las circunstancias han hecho necesario que implementemos una Política de citas perdidas. Queremos asegurarnos de que las citas estén disponibles para aquellos pacientes que las necesiten y deseen.

\_\_\_\_\_ (iniciales) Si no puedo asistir a mi cita, notificaré a la CHCCO lo antes posible y a más tardar 24 horas antes de la cita.

\_\_\_\_\_ (iniciales) Si no me presento a una cita, o si reprogramo dentro de las 24 horas posteriores a mi cita, se me cobrará una multa de \$100, y esto no será cubierto por mi plan de seguro médico.

\_\_\_\_\_ (iniciales) Si llego más de 15 minutos tarde a una cita, es posible que deba reprogramar la cita.

\_\_\_\_\_ (inicial) Los pacientes con múltiples ausencias no serán reprogramados, por lo que los horarios de las citas pueden estar disponibles para aquellos que los necesiten y deseen.

Yo, (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_ (paciente o parte responsable), reconozco que he leído y comprendido las declaraciones anteriores y que soy responsable de los cargos a mi cuenta.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Date

**Children's Heart Center of Central Oregon**  
**FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO DE HIPAA**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

La Ley de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de la Información de Salud (HIPAA) de 1996 entró en vigor para proteger su Información de Salud Personal (PHI) de ser revelada a personas no autorizadas.

El Aviso de HIPAA disponible en nuestro sitio web (copias impresas disponibles en la ubicación de nuestra clínica) es nuestra política de privacidad y explica cómo se puede usar o divulgar su PHI, así como sus derechos de acceso y control de su PHI. Este Aviso entrará en vigor en el futuro. Se volverá a emitir un nuevo formulario de reconocimiento si hay cambios significativos en esta política.

Firme este formulario para reconocer que ha recibido y leído una copia de nuestra política de privacidad, o que se ha negado a leer una copia. Si tiene alguna pregunta sobre la política de privacidad, consulte a un miembro de nuestro personal.

Formulario completado por (letra de imprenta) \_\_\_\_\_ para el paciente previamente mencionado.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **ECHO (ecocardiograma)**

Su hijo ha sido derivado para un ecocardiograma ("eco") o una ecografía del corazón. El ecocardiograma durará aproximadamente de 30 a 60 minutos y es un método seguro y confiable para evaluar la estructura del corazón de su hijo. El ecografista que realiza el examen está capacitado específicamente en técnicas de ecocardiografía pediátrica. Los resultados del ecocardiograma no estarán disponibles hasta que el ecocardiograma sea revisado por un cardiólogo pediatra, quien enviará un informe al proveedor que ordenó la prueba. Luego, ese proveedor le notificará los resultados. En la mayoría de los casos, los resultados están disponibles dentro de las 24 a 48 horas posteriores a la realización del ecocardiograma. Si se encuentra una anomalía grave, se notificará inmediatamente al proveedor que lo derivó.

***Si solo ha sido derivado para un ecocardiograma, entonces no se verá a un cardiólogo pediátrico en el momento de su cita. Los proveedores que deriven o los padres pueden solicitar una consulta de cardiología llamando al fono 541-639-8333.***

Para niños pequeños ...

Un ecocardiograma requiere que su hijo esté relativamente quieto durante el tiempo que se lleva para realizar el estudio. A veces, los niños pequeños (especialmente los menores de 3 años) no pueden permanecer quietos durante este período de tiempo y no podemos realizar un estudio preciso y completo; en esos casos, se puede utilizar una sedación ligera para mejorar la calidad del estudio. La sedación se puede realizar solo con la consulta y supervisión del cardiólogo pediátrico, por lo que no se puede realizar durante las visitas de "solo ecografía". Nuestra sala de eco está equipada con televisión, reproductor de DVD y juguetes, pero no dude en traer cualquier artículo que crea que pueda ayudar a su hijo a cooperar con el estudio. Los miembros de la familia pueden quedarse con el niño mientras se realiza la prueba.

Comuníquese con nosotros al 541-639-8333 si tiene alguna pregunta sobre su cita. ¡Esperamos verle pronto!