

**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 podrían 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: \_\_\_\_\_