

**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: \_\_\_\_\_



2041 NE Williamson Ct. Teléfono: (541)639-8333 Suite A  
Suite A Fax: (541)507-9181  
Bend, OR 97701

*Cardiología Congénita Fetal Pediátrica y de Adultos*

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

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

Con el fin de evaluar mejor sus síntomas, su médico ordenó un dispositivo de monitoreo cardíaco para registrar los latidos del corazón de su hijo durante los próximos uno a varios días.

Tenga en cuenta que el Children's Heart Center of Central Oregon (CHCCO) facturará a su compañía de seguros por la conexión y la interpretación de su prueba. La compañía de monitoreo facturará a su seguro por el análisis del escaneo y los suministros médicos asociados con la prueba que son proporcionados por la compañía de monitoreo. Por lo tanto, recibirá dos explicaciones de beneficios (EOB) por separado de su compañía de seguros para los servicios de monitoreo. Estos EOB no son facturas; explican el desglose de los cargos y cómo el dinero que se paga se aplica a su cuenta.

Si su compañía de seguros niega los reclamos de facturación del proveedor (CHCCO), comuníquese con la oficina de facturación de CHCCO al 541-639-8333 y estaremos encantados de verificarlo más a fondo. Si su compañía de seguros niega las reclamaciones de facturación del servicio de monitoreo, deberá comunicarse directamente con la oficina de facturación de la compañía de monitoreo. Por favor, comprenda que estamos facturando a su compañía de seguros como cortesía, pero usted será responsable de cualquier parte que su compañía de seguros deje sin pagar.

He leído, entiendo y acepto estos términos.

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

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