

**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. **Habrà 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: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Razón por la que fue derivado: \_\_\_\_\_

¿Quién es tu obstetra? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su edad gestacional al momento de la cita con nosotros? \_\_\_\_\_ semanas

¿Cuál es su fecha prevista de parto? \_\_\_\_\_

¿Cuál será su lugar de parto previsto? ☐ St. Charles – Bend

☐ Otro \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna complicación durante este embarazo?

---

Incluyendo esta vez, ¿cuántas veces ha estado embarazada? \_\_\_\_\_

¿Cuántos hijos vivos tiene? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido abortos espontáneos o mortinatos? ☐ Si ☐ No

Si es así, ¿a las cuántas semanas? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido otras complicaciones en el embarazo en el pasado? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, explíquelo por favor:

¿Tiene antecedentes personales de enfermedades cardíacas? ☐ Si ☐ No  
En caso afirmativo, explíquelo por favor:

---

En caso afirmativo, indique:

---

---

¿Tiene alguna condición médica crónica? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, explíquelo por favor:

---

---

¿Ha tenido alguna hospitalización anterior? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, explíquelo por favor:

---

---

**Historia familiar (responda por la familia de la madre del bebé y la familia del padre del bebé):**

¿Algún miembro de la familia ha tenido lo siguiente:

- ☐ Nació con un defecto cardíaco congénito
- ☐ Muerte repentina en un bebé, niño o adulto joven
- ☐ Anormalidades del ritmo cardíaco
- ☐ Síndromes genéticos

En caso afirmativo, explíquelo por favor:

---

---

**Historia Social:**

Estado Civil: ☐ Casada ☐ Soltera ☐ Divorciada ☐ Viuda

Enumere los niños que viven con usted y sus edades:

---

---

Mayor Nivel de Educación Completado: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

¿Participará el padre del bebé en el cuidado del bebé? ☐ Si ☐ No

Ocupación del padre del bebé, si aplica: \_\_\_\_\_

Si es un embarazo subrogado, ubicación de los padres del bebé: \_\_\_\_\_

Historial de tabaquismo: ☐ Nunca ☐ No durante este embarazo  
☐ Sí; lista cantidad/frecuencia \_\_\_\_\_

Uso de drogas recreativas: ☐ Nunca ☐ No durante este embarazo  
☐ Sí; lista cantidad / frecuencia: \_\_\_\_\_

Consumo de alcohol: ☐ Nunca ☐ No durante este embarazo  
☐ Sí; lista cantidad / frecuencia: \_\_\_\_\_

¿Hay algo más que le gustaría hacernos saber?

---

---