



# NORTHSIDE Medical Associates

Dr. Ronald Helms, MD  
Dr. William McClanahan, MD  
Dr. Lea Clayton, MD  
KELSIE Roulaïne, CRNP  
Haley White, CRNP

Skye Vise, CRNP

Dr. Michael Dupré, MD  
Dr. Stephen Fortson, MD  
Dr. George Harris, MD  
Johnathan Windham, CRNP  
Miga de Casey, CRNP

Mary Beth Martin, CRNP

Dr. Robert Whitmore, MD  
Dr. Hunter Russell, MD  
Dr. Drew Smith, MD  
Joy St. John, CRNP  
Celeste Richardson, CRNP

Sue Payne, CRNP

Dr. Scott Boyken, MD  
Dr. Thomas Perkins, MD  
Catherine Jennings, CRNP  
Miga franca, CRNP  
Kimberli Clinkscales, CRNP

## Información del paciente

Nombre del paciente: Last \_\_\_\_\_ primero: \_\_\_\_\_ Medio: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ estado: \_\_\_\_\_ código postal: \_\_\_\_\_ teléfono principal: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_ \_\_ raza: \_\_ \_\_ estado civil: \_\_ \_\_ fecha de nacimiento: \_\_ \_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Jubilado: \_\_ \_\_ empleado: \_\_ \_\_ estudiante a tiempo completo: \_\_\_\_\_ estudiante de tiempo parcial: \_\_\_\_\_  
\_ no: \_\_\_\_\_

Empleador: \_ número de teléfono de \_\_\_\_\_ :

Seguro social no. \_\_\_\_\_ licencia de conducir no. \_\_\_\_\_ estado: \_\_ \_\_

Persona responsable de la cuenta: \_\_\_\_\_ relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ State: \_\_ \_\_ Código postal: \_\_ \_\_ número de teléfono: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ número de teléfono: \_\_\_\_\_

Seguridad social: \_\_\_\_\_ licencia de conducir: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_ Employer: \_\_\_\_\_ número de teléfono: \_\_\_\_\_

Persona a notificar en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ número de teléfono: \_\_\_\_\_

Parientes o amigos que son pacientes: \_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos: \_\_\_\_\_

¿ha preparado un testamento de vida (Directivas avanzadas) sí: \_\_ \_\_ no: \_\_ \_\_ ¿tiene usted un poder notarial? Sí: \_\_ \_\_ no: \_\_ \_\_

## Información sobre pólizas de seguros

Compañía de seguros (primaria): \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento: \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ número de teléfono: \_\_\_\_\_

Contrato o grupo no.: \_\_\_\_\_ relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Compañía de seguros (secundaria) \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento: \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ número de teléfono: \_\_\_\_\_

Contrato o grupo no.: \_\_\_\_\_ relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Referido por: \_\_\_\_\_

**Consentimiento para el tratamiento:** Consiento el tratamiento necesario, incluyendo medicamentos, medicinas, el desempeño de las operaciones y la realización de radiografías, u otros estudios que pueden ser utilizados por el médico, su enfermera o personal.

**Autorización para la divulgación de la información:** Autorizo a NMA-Moody a proporcionar cualquier información médica solicitada por las compañías de seguros con las que tengo cobertura, cualquier agencia pública que pueda estar asistiendo en el pago de mi caso, o mi empleo que está proporcionando el pago de mis facturas médicas debido a un en-el-trabajo lesión.

**Asignación de beneficios:** Por la presente autorizo el pago directamente a NMA-Moody de beneficios de otra manera pagaderos a mí incluyendo el seguro médico importante y el pago de beneficios quirúrgicos o médicos, pero no exceder los cargos de NMA por estos servicios. Entiendo que soy financieramente responsable de NMA por cargos no cubiertos por esta asignación. Autorizo el reembolso de beneficios de seguro sobrepagado donde mis coberturas están sujetas a coordinación de beneficios.

**Garantía de cuenta:** Para los servicios ofrecidos por NMA, por la presente garantizo el pago de todas las cuentas por los servicios prestados. Para el pago de dichas cuentas por servicios, por la presente renuncio a todas las reclamaciones de exención de la ley del estado de Alabama y acepto pagar, si es necesario, todos los costos de cobro, incluyendo honorarios de abogado.

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



# NORTHSIDE Medical Associates

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

Farmacia: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

**Antecedentes médicos pasados:** Por favor circule si alguna vez le han diagnosticado lo siguiente:

Artritis respiratorios	Diabetes	Enfermedades cardíacas	Enfermedad estomacal	Osteoporosis	Movimiento	Trastornos			
Asma	Mareos	Úlcera gástrica	Dolores	Enfermedad intestinal	Enfermedad renal	Trastorno tiroideo			
Espalda	Desmayo	VIH	Hepatitis	Lupus	Parkinson	UTI	Sangrado, trastorno	EPOC	Gota
Enfermedad hepática	Entumecimiento, hormigueo	Convulsiones	STD	Depresión	Presión arterial alta				

Cáncer: tipo: \_\_\_\_\_

**Cirugía previa: pOr favor, circule**

Cirugía ENT	Mastectomía	Biopsia de mama	Bypass cardíaco	Abdominal	Colectomía				
Reparación de aneurismas	Próstata	Angioplastia	Hernia	Bypass gástrico	Histerectomía	Ligadura de trompas			
Apendicectomía	Amigdalectomía	Ortopédicos	Úlcera	Neurocirugía	Vejiga	Litotricia vesicular			
Ooforectomía	Piel	RTUP	Riñón	Tiroides	Catarata	Cesárea	Intestino delgado	Atrás	Carpiano

**Historia familiar:** (Familia inmediata solamente ex: madre, padre, hermano, hermana, abuelos maternos, abuelos paternos) por favor marque

Diabetes	Movimiento	Convulsiones	Cáncer (tipo) _____	Enfermedades cardíacas	Artritis	Parkinson
EPOC						
Depresión	Artritis reumatoide	Alzheimer	Enfermedad hepática	Lupus	Enfermedad mental	
Presión arterial alta	Demencia	Enfermedad renal				

**Historia social:** Por favor, circule

Estado civil: Casado soltero	Divorciado	viudo	Número de niños: 1 2 3 4 5 6 7 8 + ___	
Nivel de actividad en el último año: Más	menos	Mismo	Estado de empleo: trabajo jubilado discapacitado	
Estado ambulatorio: Bastón independiente	Silla de ruedas	Walker	Bound	Vive con: familia sola institución cónyuge
Audiencia: Duro normal de audición	Lleva audífonos	Has caído en el último año: no sí		
Uso del tabaco: Nunca ex	Usuario actual	DIP	Chew vape packs por día: _____	Visión: lentes/contactos normales
Uso ilegal de drogas: Sí no	Consumo de alcohol: sí no			
Sigue conduciendo: Sí no	Problemas de transporte: sí no	Control de la vejiga: sí no		

**Preventivo:** Indique la fecha de servicio y el nombre del médico

Mamografía: \_\_\_\_\_ Examen ocular diabético: \_\_\_\_\_

PAP frotis: \_\_\_\_\_ DEXA/análisis óseo: \_\_\_\_\_

Colonoscopia: \_\_\_\_\_ Último examen ocular: \_\_\_\_\_

PSA: \_\_\_\_\_ Último ciclo menstrual: \_\_\_\_\_

Detección de la depresión: \_\_\_\_\_





# NORTHSIDE Medical Associates

Puede ser necesario ponerse en contacto con usted por teléfono con respecto a los resultados del laboratorio, los resultados de las pruebas y/u otras razones médicas; por lo tanto, legalmente, si no podemos llegar a usted, necesitamos su permiso para dejar resultados con otra persona. Por favor lea y complete lo siguiente:

Se le da permiso a todos los médicos y personal para dejar nuestro nombre y número en una de las siguientes ubicaciones: Marque una: Página principal: \_\_\_\_\_ Oficina: \_\_\_\_\_ Portal: \_\_\_\_\_

El permiso es dado: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ /no dado: \_\_\_\_\_ (por favor lista)

<b><u>Relación</u></b>	<b><u>Nombre</u></b>	<b><u>Número de teléfono</u></b>
<b>Cónyuge</b>		
<b>Padre</b>		

<b><u>Otras formas de contacto</u></b>	<b><u>Por favor ingrese la siguiente información si desea ser contactado de esta manera</u></b>
<b>Contestador automático/buzón de voz en casa</b>	
<b>Contestador automático/buzón de voz en el trabajo</b>	
<b>Dirección de correo electrónico</b>	

\*\* el correo electrónico proporcionado se utilizará para otorgar acceso al portal de pacientes de norte Medical \*\*

<https://15135-2.portal.athenahealth.com/>

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

**Tenga en cuenta que el Dr. Dupré ' requiere que un adulto debe acompañar a todos los pacientes menores de dieciséis años (16) para recibir tratamiento médico. \*\***



# NORTHSIDE Medical Associates

Estimado paciente:

Para proporcionar un servicio más eficiente con sus medicamentos recetados, por favor proporcione la siguiente información:

Farmacia: \_\_\_\_\_

Ubicación de la farmacia: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la farmacia: \_\_\_\_\_

### Pastilla de medicación

Yo, \_\_\_\_\_ por la presente autorizo a las siguientes personas a recoger una receta en mi nombre de los asociados médicos del norte. Las personas que se enumeran a continuación deberán presentar su licencia de conducir para identificarse correctamente antes de que se les libere la prescripción.

Nombre de la persona autorizada

Relación

<u>Nombre de la persona autorizada</u>	<u>Relación</u>

\* \* debe proporcionar una identificación válida para la recogida de recetas \* \*

Entiendo que este formulario tendrá que ser actualizado cada 6 meses o más pronto en el caso de que los individuos arriba mencionados ya no se les permite recoger las recetas en mi nombre.

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



# NORTHSIDE Medical Associates

## Póliza de pago del paciente

Nos gustaría darle las gracias por elegir a Norte Medical como su proveedor de atención médica. Norte Medical está comprometido a proveerle la mejor atención médica posible. Estamos seguros de que usted entiende que el pago de esta atención médica es su responsabilidad. La siguiente información describe sus responsabilidades financieras relacionadas con el pago de servicios profesionales.

### **Para nuestros pacientes con beneficios de seguro médico:**

Participamos en los principales planes de salud. Tenemos contactos con muchas HMO, PPO, compañías de seguros y agencias gubernamentales, incluyendo Medicare y Medicaid. Nuestra oficina de negocios presentará reclamos por cualquier servicio prestado a un paciente que es miembro de uno de estos planes y le asistirá de cualquier manera que razonablemente podamos para ayudar a que sus reclamos sean pagados. Es responsabilidad del paciente proporcionar toda la información necesaria antes de salir de la oficina. Si usted tiene un seguro secundario, nosotros presentaremos automáticamente una reclamación con ellos tan pronto como el transportista primario haya pagado. Su compañía de seguros puede necesitar que usted suministre cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud.

### **Por favor traiga su tarjeta de seguro con usted en el momento de su cita.**

Si usted está asegurado por un plan que hacemos negocios con pero no tienen una tarjeta de seguro con usted, el pago en su totalidad para cada visita es necesario hasta que podamos verificar su cobertura.

### **Co-pagos:**

Su compañía de seguros requiere que recolectemos co-pagos en el momento del servicio. La exención de copagos puede constituir fraude bajo la ley estatal y federal. Por favor ayúdenos a mantener la ley pagando su co-pago en cada visita. Para su conveniencia aceptamos efectivo, cheques, tarjetas de débito, o las siguientes tarjetas de crédito: Visa, MasterCard, Discover, y American Express. Si usted no tiene su co-pago, su cita puede ser reprogramada.

Adicionalmente, usted puede tener coseguros y/o cantidades deducibles requeridas por su compañía de seguros. Estos importes se recogerán a la salida. Archivamos su seguro como una cortesía para usted, es importante que tengamos su información correcta para archivar correctamente cada reclamación. Si su seguro no responde en 45 días le transferiremos el saldo para su pago completo.

### **Renuncia a la responsabilidad del paciente:**

Es la política de la práctica tratar a todos los pacientes de una manera equitativa relacionada con los saldos de las cuentas. La práctica no renunciará, no recogerá, o descontará copagos, coseguros, deducibles u otra responsabilidad financiera del paciente de acuerdo con la ley estatal y federal, así como con los acuerdos de participación con los pagadores.

### **Servicios no cubiertos y fuera de la red:**

Los servicios médicos que su compañía de seguros considere no cubiertos, fuera de la red o que no sean médicamente necesarios serán su responsabilidad.

### **Cambios de cobertura:**

Si su seguro cambia, por favor notifiquenos antes de su próxima visita para que podamos hacer los cambios apropiados para ayudarle a recibir sus beneficios máximos.

### **Para nuestros pacientes sin seguro médico:**

Si usted no tiene seguro médico de grupo o individual, el pago de todos los servicios profesionales se espera en el momento de su visita. Tenga en cuenta que ofrecemos tarifas descontadas para pacientes sin seguro médico.

### **Plan de pago:**



# NORTHSIDE Medical Associates

### **Llegadas tardías:**

Un paciente que llega más de 15 minutos después de su nombramiento se considera una llegada tardía. Una llegada tardía, no considerada como la responsabilidad de la práctica, se registrará y trabajará en el horario tan pronto como sea posible. Si un paciente tiene más de 30 minutos de retraso, la cita puede ser reprogramada.

### **Cita no-shows:**

Cualquier paciente que no llegue para una cita programada sin cancelar la cita por lo menos 24 horas antes de la hora programada es considerado un "no-show". Un paciente no-show puede cobrar \$25.00, según lo establecido por la práctica, por falta de mostrar. Un paciente que no puede presentarse dos veces para las citas programadas se considera un no-show crónico. Un paciente que no se presenta cuatro veces puede ser despedido de la práctica.

### **Cita de saldos morosos:**

Los pacientes con un saldo moroso están obligados a hacer el pago completo para los servicios futuros. Una cuenta delincente se define como un equilibrio del paciente en exceso de 60 días si el paciente no ha hecho ningún pago o buscado ayuda a través de dificultades financieras durante este tiempo. Si no se hace tal pago, los servicios pueden ser rechazados.

### **Pago:**

Todos los saldos responsables del paciente que permanecen en mora después de 90 días, sin respuesta a nuestras solicitudes de pago, pueden ser referidos a nuestro Departamento de cobranzas. Por favor tenga en cuenta que si un saldo permanece sin pagar, usted y/o sus familiares inmediatos pueden ser dados de alta de esta práctica. Si esto ocurriera, se le notificará por correo regular y certificado que tiene 30 días para encontrar atención médica alternativa. Durante ese período de 30 días, su médico sólo podrá tratarlo en caso de emergencia.

### **Declaraciones:**

Habrá un honorario mensual de la declaración de \$8,00 en cualquier balance no pagado sobre 30 días y un cargo de financiamiento de el 1.5% en cualquier balance no pagado sobre 60 días. ¡ su pago pronto es apreciado!

Gracias por entender nuestra política financiera. Por favor, déjenos saber si tiene alguna pregunta o inquietud.

He leído y entiendo las políticas anteriores y consentimiento para el tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



# NORTHSIDE Medical Associates

**Acuse de recibo del aviso de prácticas de privacidad**  
\* puede negarse a firmar este reconocimiento \*

Yo, \_\_\_\_\_, he recibido una copia de la notificación de prácticas de privacidad de esta oficina.

\_\_\_\_\_  
Por favor imprima el nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

---

### Sólo para uso en la oficina

Intentamos obtener el acuse de recibo por escrito de nuestra notificación de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener el reconocimiento porque:

- Individuo se negó a firmar
- Se prohíben las barreras de comunicación obteniendo el reconocimiento
- Una emergencia nos impidió obtener reconocimiento
- Otros (Sírvese especificar)