

North Carolina Surgery

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre legal del paciente _____
(APELLIDOS) (NOMBRE) (SEGUNDO NOMBRE)

Rex Healthcare comparará su nombre legal con el nombre tal como aparece en la tarjeta del seguro.

Género ____ Últimos 4 dígitos del n° de seguro social (algunos seguros piden el número completo del SS) _____

Fecha de nacimiento _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: Raza _____ Hispano _____ No hispano _____ Idioma _____

Dirección de correo postal _____

Dirección física (si es diferente a la dirección de correo postal) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

N° tel. de casa _____ N° tel. móvil _____ Dirección de correo electrónico _____

Médico que remite _____

Médico de atención primaria _____

Otro médico al que quiere que le enviemos información _____

INFORMACIÓN DE EMPLEO DEL PACIENTE

Situación: Tiempo completo __ Tiempo parcial __ Jubilado __ Fecha de jub. _____ Estudiante tiempo completo? S/N Otro _____

Nombre del empleador _____ N° de teléfono _____

INFORMACIÓN DEL GARANTE (Persona financieramente responsable si es diferente del paciente)

Nombre del garante _____ Relación con el paciente _____

Últimos 4 dígitos del n° de seguro social _____ Género _____ Fecha de nac. _____

Dirección de correo postal _____

Dirección física (si es diferente a la dirección de correo postal) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

N° de tel. de casa _____ Nombre del empleador _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre del contacto de emergencia _____ Relación con el paciente _____

Dirección de correo postal _____

Dirección física (si es diferente de la dirección de correo postal) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

N° de tel. de casa _____ N° tel. del trabajo _____ N° tel. móvil _____

SEGURO PRIMARIO

Nombre de la compañía de seguros _____

Nombre del titular de la póliza (si no es el paciente) _____ Relación _____

Fecha de nacimiento _____ Género _____

SEGURO SECUNDARIO

Nombre de la compañía de seguros _____

Nombre del titular de la póliza (si no es el paciente) _____ Relación _____

Fecha de nacimiento _____ Género _____

INFORMACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE (Complete esta sección SOLO si su enfermedad está relacionada con un accidente)

Tipo de accidente (auto, trabajo, otro) _____ Descripción _____

Fecha y hora del accidente _____ Lugar del accidente (ciudad, condado, estado) _____

Firma del paciente/representante autorizado _____ Fecha _____

Nombre del paciente _____
 Fecha de nacimiento _____



Divulgación de información limitada a familiares o amistades para consultorios médicos - HIM 1315s
Limited Release of Information to Family/Friends for Physician Clinics

Yo le doy permiso al consultorio médico que forma parte de UNC Health Care System a divulgar cierta información médica personal a las personas nombradas a continuación. A estas personas, se les dará solo la información pertinente a su participación en mi atención médica o al pago por mi atención médica.¹ Entiendo que no es obligatorio que yo complete este formulario para recibir atención médica.

Nombre: _____ Número de teléfono: _____
 Relación con el paciente: _____ Hable con esta persona sobre (*marque todo lo que corresponda*):

Cualquier información que no sea delicada² sobre mi atención médica o el pago de mi atención médica.

O

Solamente:

<input type="checkbox"/>	Las citas - programación y recordatorios	<input type="checkbox"/>	Los resultados de exámenes
<input type="checkbox"/>	El resumen de la visita	<input type="checkbox"/>	Las facturas
<input type="checkbox"/>	Otro:		

Nombre: _____ Número de teléfono: _____
 Relación con el paciente: _____ Hable con esta persona sobre (*marque todo lo que corresponda*):

Cualquier información que no sea delicada² sobre mi atención médica o el pago de mi atención médica.

O

Solamente:

<input type="checkbox"/>	Las citas - programación y recordatorios	<input type="checkbox"/>	Los resultados de exámenes
<input type="checkbox"/>	El resumen de la visita	<input type="checkbox"/>	Las facturas
<input type="checkbox"/>	Otro:		

Si cambio de opinión acerca de las personas o la información de contacto indicadas en este formulario, completaré un formulario nuevo con tales cambios.

_____ FECHA: _____ HORA: _____

FIRMA DEL PACIENTE (o representante autorizado)

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA Y RELACIÓN (si no es el paciente): _____

¹ Este formulario no es un sustituto de un poder notarial para la atención médica u otra designación formal de una persona autorizada a tomar decisiones médicas en su nombre si usted es incapaz de tomarlas. Si una persona nombrada arriba es su tutor o agente (bajo un poder notarial) o si está autorizada de otra manera para actuar en su nombre, su proveedor de atención médica puede divulgar a esa persona cualquier información médica personal que la ley permite.

Este formulario no es un sustituto para una autorización escrita válida que cumpla con el HIPAA cuando esta es obligatoria para divulgar copias de registros médicos o registros de facturación.

² Información delicada incluye información acerca de la salud mental, la drogadicción o el alcoholismo, el VIH y otras enfermedades contagiosas, y las pruebas genéticas. **Este formulario no se considera autorización suficiente para divulgar información delicada.**

Translated by UNC Health Care Interpreter Services, 6-14-17

Chart Location: Consents



CONSENTIMIENTO GENERAL PARA RECIBIR TRATAMIENTO (Pág. 1 de 6)
HIM# 129s

Yo entiendo que la University of North Carolina Health Care System (UNC Health Care) es un sistema de salud integrado formado por varias entidades incluyendo (pero no necesariamente limitada a) UNC Hospitals; Rex Hospital Inc.; Caldwell Memorial Hospital, Incorporated; Chatham Hospital, Inc.; Henderson County Hospital Corporation d/b/a Margaret R. Pardee Memorial Hospital; the University of North Carolina at Chapel Hill, School of Medicine; Johnston Health Services Corporation; Nash Hospitals, Inc.; Nash MSO, Inc.; NHCS Physicians, Inc.; UNC Rockingham Health Care, Inc.; Wayne Memorial Hospital, Inc. d/b/a Wayne UNC Health Care; Wayne MRI, LLC; UNC Physicians Network, LLC; y UNC Physicians Network Group Practices, LLC (en este formulario se denomina a cada uno como «afiliado de UNC Health Care» o en forma colectiva como «afiliados de UNC Health Care»). Este consentimiento estará vigente 1 año a partir de la fecha en que yo lo firme en cualquiera de los afiliados de UNC Health Care en donde yo soy un paciente; sin embargo, este consentimiento no caducará en lo que respecta a servicios, procesamiento de reclamaciones o actividades de cobros relacionados con las admisiones o visitas que ocurran durante el tiempo de vigencia de este consentimiento.

Consentimiento para recibir tratamiento/cuidado

Yo autorizo recibir tratamiento y cuidado de parte de los afiliados de UNC Health Care y sus médicos y proveedores de cuidados de la salud, incluyendo aquellos que están ubicados en otros lugares aparte del que yo me encuentre ahora y que proporcionan tratamiento y cuidado a través de comunicaciones electrónicas/telemedicina. También autorizo recibir tratamiento y cuidado de médicos y proveedores de cuidados de la salud que no son empleados ni agentes de los afiliados de UNC Health Care pero que están autorizados por los afiliados de UNC Health Care para proporcionarme tratamiento y cuidado como paciente de los afiliados de UNC Health Care. Yo estoy consciente de que los proveedores listados en el apéndice A de este consentimiento son contratistas independientes de los afiliados de UNC Health Care, conforme a la lista, y ellos proveen servicios a los pacientes de los afiliados de UNC Health Care de acuerdo con su juicio profesional. Los proveedores listados en el apéndice A no son empleados ni agentes de los afiliados de UNC Health Care. Yo entiendo que mi tratamiento y cuidado puede incluir cuidado de rutina como vacunaciones y una variedad de otros servicios médicos dependiendo de mi afección, como por ejemplo pruebas de laboratorio. Yo puedo recibir una lista de servicios y cuidados de mi proveedor de cuidados de la salud. Yo entiendo que mi equipo médico de los afiliados de UNC Health Care puede incluir médicos residentes y estudiantes u otro personal en adiestramiento. Entiendo que la práctica de la medicina (incluyendo la cirugía) no es una ciencia exacta y nadie me ha dado ninguna garantía acerca de los resultados de los tratamientos, exámenes o procedimientos.

Consentimiento para el uso y divulgación de información.

Yo les doy permiso a los afiliados de UNC Health Care –incluyendo sus proveedores que remiten y proporcionan tratamiento y otros miembros del personal– para divulgar cualquier información acerca de mi persona, mi salud, servicios de salud que me presten, o pago por mis servicios de salud que pudiera ser necesaria: (1) para mi tratamiento (a cualquier proveedor de cuidados de la salud o instalaciones que necesiten la información para mi cuidado continuo); (2) para cualquier propósito relacionado con el pago de servicios hecho por mí o un tercero (para determinar idoneidad, para procesar una reclamación al seguro, para revisión de utilización y calidad o con el propósito de facturación o cobro, según sea necesario para obtener el pago); (3) para las operaciones del negocio de cuidados de la salud del afiliado de UNC Health Care u otro proveedor de cuidados de la salud que haya tenido relación conmigo (incluyendo la evaluación de calidad, programas de capacitación, planificación y actividades para la recaudación de fondos); o (4) de otra manera descrito en el Aviso de Prácticas de Privacidad y como la ley lo permita.

Para información más detallada sobre la forma en la cual se puede usar o divulgar mi información, puedo leer el *Aviso de Prácticas de Privacidad de UNC Health Care*.

Yo doy mi autorización a los afiliados de UNC Health Care y sus empleados, agentes y contratistas para tomar fotografías, videos o hacer dibujos de mi persona con propósitos permisibles de tratamiento, pago o de las operaciones de cuidados de la salud (los cuales pueden incluir evaluación de calidad, educación y capacitación) siempre y cuando sea consistente con las políticas y las leyes que protegen mis derechos.

Consentimiento para ser utilizado dentro de UNC Health Care

Yo además doy permiso a los afiliados de UNC Health Care y sus proveedores que proporcionan tratamiento y a otros miembros del personal para divulgar entre ellos cualquiera de mi información delicada necesaria para mi tratamiento, incluyendo información relacionada con la salud mental o conductual (incluyendo expedientes médicos de mi tratamiento de otra institución cuyo propósito principal es proporcionar servicios de cuidado, tratamiento, habilitación o rehabilitación de los enfermos mentales, discapacitados en el desarrollo o abusadores de sustancias, como se definen en N.C.G.S Capítulo 122C, Artículos 1 y 3), drogas y alcohol (incluyendo expedientes médicos de un proveedor que proporciona diagnóstico, tratamiento o remisión para el abuso de alcohol o

drogas, como se define de acuerdo a la ley federal en 42 C.F.R. Parte 2), VIH/SIDA y otras enfermedades contagiosas y pruebas genéticas.

Responsabilidad financiera

Yo entiendo y estoy de acuerdo que los cargos de los médicos por los servicios médicos y profesionales realizados o supervisados por un médico, se facturarán por separado de los cargos del hospital. Entiendo que el costo actual pudiera ser distinto del costo estimado que me dieron. También entiendo que es posible que una compañía de seguro médico no pague el monto total de mis cuentas, y yo pudiera ser responsable de la cantidad no pagada (como paciente, cónyuge o padre de un menor de edad). Si yo no tengo cobertura de un seguro médico o no he proporcionado información vigente y exacta del seguro, soy responsable por el pago de todo el adeudo. Si he pagado de más en cualquiera de mis cuentas con un afiliado en particular de UNC Health Care, estoy de acuerdo en que el monto que se pagó de más se transfiera para pagar cualquier deuda pendiente de cualquiera de mis cuentas con otros afiliados de UNC Health Care.

Yo además autorizo la divulgación de información financiera y actividad relacionada con los pagos por los servicios a:

Nombre del individuo: _____

Relación con el paciente: _____

Certificación de cobertura, asignación y solicitud de pago de Medicare/Medicaid

Yo he sido informado de que Medicare solamente pagará por servicios que determine razonables y necesarios conforme a la sección 1862(a)(1) de la ley de Medicare. Yo certifico que la información proporcionada por mí o mi representante autorizado en mi solicitud de pago para mis cuidados de la salud bajo los programas de Medicare y Medicaid es correcta. Yo solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga al afiliado apropiado de UNC Health Care en mi nombre. Yo autorizo a los afiliados de UNC Health Care a facturar directamente y a traspasar el derecho a todo beneficio por seguro médico o de responsabilidad civil, de otra manera pagadero a mi persona, y autorizo el pago directo al afiliado apropiado de UNC Health Care.

Núm. del seguro social

Yo he dado voluntariamente mi número de seguro social. Los afiliados de UNC Health Care pueden usarlo para fines de identificación exacta, presentación de reclamaciones de seguro, facturación y cobros y cumplimiento de las leyes federales y estatales.

Número de teléfono celular

Los afiliados de UNC Health Care o sus agentes o representantes se pueden comunicar conmigo por teléfono a cualquier número anotado en mi expediente de los afiliados de UNC Health Care incluyendo teléfonos celulares con el propósito de comunicarse conmigo respecto al cuidado de mi salud, proporcionarle servicios a mi cuenta y cobrar las cantidades adeudadas. Los métodos de contacto pueden incluir mensajes pregrabados o mensajes con voz artificial y mensajes de texto y el uso de servicios de llamada automáticos. Yo entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento comunicándome con UNC Health Care en forma verbal o escrita.

Objetos personales

A menos que yo sea un residente en un centro especializado de enfermería, yo entiendo que los afiliados de UNC Health Care no asumen responsabilidad por mis objetos personales que yo mantenga conmigo y yo relevo a los afiliados de UNC Health Care de toda responsabilidad por la pérdida, robo o daño de esas pertenencias.

Lista de pacientes

Para la conveniencia de los pacientes y visitantes, los afiliados de UNC Health Care pueden mantener una lista de los pacientes que están recibiendo servicios actualmente en una instalación para que ellos puedan proporcionar el lugar donde se encuentra el paciente en las instalaciones y el estado general del paciente a las personas que preguntan por un paciente por su nombre. A menos que yo haya escrito mis iniciales abajo, yo les doy mi autorización a los afiliados de UNC Health Care para proporcionar mi ubicación y estado general a los individuos que pregunten por mí por mi nombre.

_____ (iniciales) Yo no quiero que me incluyan en la lista de pacientes de los afiliados de UNC Health Care. Por favor quiten mi nombre.

Información religiosa

Puede que los afiliados de UNC Health Care proporcionen una lista de pacientes al clero de la comunidad cuando la solicitan. Esta lista incluye el nombre y la ubicación del paciente, su estado en general y su afiliación religiosa. A menos que yo haya escrito mis iniciales a continuación, yo doy mi autorización a los afiliados de UNC Health Care para proporcionar a los clérigos de la comunidad, que lo pidan, mi nombre, ubicación, estado general y afiliación religiosa

_____ (iniciales) Yo no quiero que me incluyan en la lista que proporcionan al clero los afiliados de UNC Health Care. Por favor quiten mi nombre. Yo entiendo que, aun así, aquellas personas que trabajan para los afiliados de UNC Health Care como capellanes pudieran obtener esta información.

Compartiendo información con los familiares o amigos

Como una cortesía, la información de salud limitada pudiera compartirse con familiares y amigos bajo las siguientes circunstancias: (1) la información está relacionada con la participación del individuo en el cuidado del paciente o pago por su cuidado, o (2) la información es necesaria para notificar a individuos responsables del cuidado del paciente sobre la ubicación del paciente, estado en general o la muerte. A menos que yo haya escrito mis iniciales abajo, doy mi autorización para compartir información de salud limitada con mi familia y amigos autorizados bajo las condiciones mencionadas anteriormente.

_____ (iniciales) Yo no quiero que la información personal de salud se comparta con los familiares o amigos.

YO ENTIENDO QUE PUEDO REVOCAR ESTE CONSENTIMIENTO POR ESCRITO. MI REVOCACIÓN NO TENDRÁ VIGENCIA PARA ACCIONES YA TOMADAS POR PARTE DE CUALQUIER AFILIADO DE UNC HEALTH CARE O A ACCIONES EN PROCESO.

Yo autorizo a los afiliados de UNC HEALTH CARE A DIVULGAR TODOS LOS EXPEDIENTES NECESARIOS PARA CUMPLIR CON ESTAS SOLICITUDES. YO HE LEÍDO Y ENTIENDO ESTE FORMULARIO, HE RECIBIDO UNA COPIA, Y SOY EL PACIENTE O ESTOY AUTORIZADO PARA ACTUAR EN NOMBRE DEL PACIENTE PARA FIRMAR ESTE FORMULARIO.

_____ FECHA: _____ HORA: _____
FIRMA DEL PACIENTE (o representante autorizado)

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

RELACIÓN, si no es el paciente: _____

GARANTE: Si yo firmo a continuación como garante (no como el paciente o cónyuge del paciente o padre de un menor de edad), yo estoy de acuerdo en pagar todas las cuentas no canceladas de los afiliados de UNC Health Care, **indistintamente de si de otra forma no estoy legalmente obligado a pagarlas.**

_____ FECHA: _____ HORA: _____
FIRMA DEL GARANTE DE PAGO

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

APÉNDICE A

Contratistas independientes de los afiliados de UNC Health Care

UNC Hospitals («UNCH»)

Estoy consciente de que los médicos, enfermeras especializadas y asociados médicos que proveen servicios a pacientes de UNCH pueden ser contratistas independientes que proporcionan servicios a los pacientes de UNC Hospitals de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de UNC Hospitals.

Rex Hospital, Inc. («Rex»)

Yo estoy consciente de que los médicos del departamento de emergencias, anesthesiólogos, enfermeras anesthesistas registradas certificadas, patólogos, psiquiatras, obstetras hospitalistas, radiólogos y oncólogos de radiación y sus enfermeras especializadas y asociados médicos, son contratistas independientes que les proporcionan servicios a los pacientes de Rex de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de Rex.

Caldwell Memorial Hospital, Incorporated («Caldwell»)

Yo estoy consciente de que algunos proveedores, incluyendo pero no limitados a los médicos del departamento de emergencias, anesthesiólogos, patólogos, radiólogos y médicos oncólogos y oncólogos de radiación y sus enfermeras especializadas y asociados médicos son contratistas independientes que proporcionan servicios a los pacientes de Caldwell de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de Caldwell.

Chatham Hospital, Inc. («Chatham»)

Yo estoy consciente de que los médicos del departamento de emergencias, anesthesiólogos, enfermeras anesthesistas registradas certificadas, hospitalistas, patólogos, y radiólogos y sus enfermeras especializadas y asociados médicos son contratistas independientes que le proporcionan servicios a los pacientes de Chatham de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de Chatham.

Henderson County Hospital Corporation d/b/a Margaret R. Pardee Memorial Hospital («Pardee»)

Yo estoy consciente de que los radiólogos, el grupo de anesthesiólogos, oncólogos de radiación y los patólogos y sus enfermeras especializadas y asociados médicos, son contratistas independientes que proporcionan servicios a los pacientes de Pardee de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de Pardee.

Johnston Health Services Corporation («Johnston»)

Yo estoy consciente de que la mayoría de los médicos que proporcionan cuidados en Johnston, y sus enfermeras especializadas y asociados médicos, son contratistas independientes que proporcionan servicios en Johnston de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de Johnston.

Nash Hospitals, Inc. («Nash»)

Yo estoy consciente de que todos los médicos que ejercen en Nash y puede que me atiendan, incluyendo pero no limitados a los médicos del departamento de emergencias, anesthesiólogos, patólogos, radiólogos, médicos oncólogos y oncólogos de radiación y sus enfermeras especializadas y asociados médicos, evaluadores de electrocardiogramas, hospitalistas (incluyendo hospitalistas de atención médica primaria, hospitalistas pediátricos, neonatólogos y cirujanos hospitalistas), cirujanos bariátricos, cardiólogos, psiquiatras, médicos especialistas en heridas y sus respectivas enfermeras especialistas y asociados médicos son contratistas independientes que le proporcionan servicios a los pacientes de Nash de acuerdo con su juicio profesional; y yo entiendo que estos profesionales no son empleados o agentes de Nash, y que Nash no es responsable por sus acciones.

Wayne Memorial Hospital, Inc. d/b/a Wayne UNC Health Care («Wayne»)

Yo estoy consciente de que los radiólogos, patólogos, anesthesiólogos, médicos del departamento de emergencias, cirujanos, psiquiatras, internistas, nefrólogos, oncólogos, evaluadores de electrocardiogramas, cardiólogos, médicos especialistas en heridas, intensivistas, hospitalistas y cualquier otro médico independiente y sus enfermeras especializadas y asociados médicos, son contratistas independientes que proporcionan servicio a los pacientes de Wayne de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de Wayne.

Wayne MRI, LLC («Wayne MRI»)

Yo estoy consciente de que los radiólogos de Wayne MRI son contratistas independientes que proporcionan servicio a los pacientes de Wayne MRI de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de Wayne MRI.

UNC Rockingham Health Care, Inc. («Rockingham»)

Yo estoy consciente de que algunos proveedores, incluyendo pero no limitados a los médicos del departamento de emergencias, anesthesiólogos, patólogos, radiólogos y médicos oncólogos y oncólogos de radiación y sus enfermeras especializadas y asociados médicos son contratistas independientes que proporcionan servicios a los pacientes de Rockingham de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de Rockingham.

APÉNDICE B

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

UNC Health Care y su red de entidades asociadas cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. UNC Health Care y su red de entidades asociadas no excluyen a las personas ni las tratan de forma diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

A. Asistencia y Servicios Gratuitos

UNC Health Care y su red de entidades asociadas:

- Proporcionan asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados
 - Información escrita en otros formatos (letra de imprenta grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporcionan servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con la persona que se identifica abajo (Sección C), para la ubicación de la entidad de la red donde usted está recibiendo los servicios.

B. Reclamaciones

Si considera que UNC Health Care o una entidad asociada de la red no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una reclamación con las siguientes personas (Section C) dependiendo de dónde recibió los servicios. Puede presentar la reclamación en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita recibir estos servicios, la persona que se identifica abajo (Sección C), para la entidad de la red donde usted está recibiendo los servicios, está disponible para ayudarle.

C. Contactos

Entidad de la red	Persona para ayudarle con la asistencia y servicios gratuitos	Persona para ayudar con las reclamaciones
UNC Medical Center (UNC Hospitals; UNC Faculty Physicians; UNC Health Care Shared Services Pharmacy; UNC Homecare; y UNC Home Health)	Director of Patient Relations (<i>Director del Departamento de Atención al Paciente</i>) 101 Manning Drive Chapel Hill, NC 27514 Teléfono: (984) 974-5006 Correo electrónico: patrell@unchealth.unc.edu	Director of Patient Relations (<i>Director del Departamento de Atención al Paciente</i>) 101 Manning Drive Chapel Hill, NC 27514 Teléfono: (984) 974-5006 Correo electrónico: patrell@unchealth.unc.edu
Caldwell Memorial Hospital, Inc.	Patient Care Coordinator (<i>Coordinador de Atención al Paciente</i>) 321 Mulberry Street SW P.O. Box 1890 Lenoir, NC 28645 Teléfono: (828) 757-5100	Risk & Regulatory Department (<i>Departamento de Riesgos y Regulación</i>) 321 Mulberry Street SW P.O. Box 1890 Lenoir, NC 28645 Teléfono: (828) 757-5555 Correo electrónico: RiskMgtUNCCaldwell@unchealth.unc.edu
Chatham Hospital, Inc. y Chatham Imaging Services de Pittsboro, LLC	Interpreting Services Director (<i>Director del Departamento de Servicios de Interpretación</i>) 475 Progress Boulevard Siler City, NC 27344 Teléfono: (919) 799-4770	Director of Quality and Risk Management (<i>Director de Gestión de Calidad y Riesgos</i>) 475 Progress Boulevard Siler City, NC 27344 Teléfono: (919) 799-4015
Johnston Health Services Corp. (d/b/a Johnston Health)	Telephone Operator (<i>operador telefónico</i>) 509 N. Bright Leaf Boulevard P.O. Box 1376 Smithfield NC 27577 Teléfono: (919) 934-8171	Compliance Director (<i>Director de Cumplimiento</i>) 509 N. Bright Leaf Boulevard P.O. Box 1376 Smithfield NC 27577 Teléfono: 919-938-7121
Henderson County Hospital Corp. (d/b/a Margaret R. Pardee Memorial Hospital)	Interpreter Services (<i>Servicios de Intérpretes</i>) 800 North Justice Street Hendersonville, NC 28791 Teléfono: (828) 696-4644	Civil Rights Coordinator (<i>Coordinador de Derechos Civiles</i>) 800 North Justice Street Hendersonville, NC 28791 Teléfono: (828) 698-7998
Nash Health Care Systems (Nash Hospitals, Inc.; Nash MSO, Inc.; y NHCS Physicians, Inc.)	Community Outreach/Emergency Management Coordinator (<i>Coordinador de Programas Comunitarios/Gestión de Emergencias</i>) 2460 Curtis Ellis Drive Rocky Mount, NC 27804 Teléfono: (252) 962-3461	Coordinator for Quality Support Services & Risk Management (<i>Coordinador de Garantía de Calidad y Minimización de Riesgo</i>) 2460 Curtis Ellis Drive Rocky Mount, NC 27804 Teléfono: (252) 962-8767

UNC REX Healthcare (Rex Hospital, Inc.; Rex Surgery Center of Wakefield, LLC; Rex Surgery Center of Cary, LLC; Rex Wakefield Wellness, LLC; y Rex Radiation Oncology, LLC)	Director of Patient Relations (<i>Director del Departamento de Atención al Paciente</i>) 101 Manning Drive Chapel Hill, NC 27514 Teléfono: (984) 974-5006 Correo Electrónico: patrell@unchealth.unc.edu	Director of Quality Programs (<i>Director de los Programas de Calidad</i>) 4420 Lake Boone Trail Raleigh, NC 27607 Teléfono: (919) 784-3429
UNC Rockingham Health Care, Inc.	Administrative Supervisors (<i>Supervisores Administrativos</i>) 117 East Kings Highway Eden, NC 27288 Teléfono: (336) 520-7592 ext. 1712229	Director of Quality and Risk Management (<i>Director de Calidad y Minimización de Riesgo</i>) 117 East Kings Highway Eden, NC 27288 Teléfono: (336) 627-4212
UNC Physicians Network, LLC; y UNC Physicians Network Group Practices, LLC	Director of Patient Relations (<i>Director del Departamento de Atención al Paciente</i>) 101 Manning Drive Chapel Hill, NC 27514 Teléfono: (984) 974-5006 Correo electrónico: patrell@unchealth.unc.edu	Human Resources Executive (<i>Ejecutivo de Recursos Humanos</i>) 2000 Perimeter Park Drive Suite 200 Morrisville, NC 27560 Teléfono: (984) 215-4032 Correo Electrónico: contactuncpn@unchealth.unc.edu
Wayne Memorial Hospital, Inc. (d/b/a Wayne UNC Health Care) (Wayne MRI, LLC)	Patient Care Coordination Department (<i>Departamento de Coordinación de Atención al Paciente</i>) 2700 Wayne Memorial Drive Goldsboro, NC 27530 Teléfono: (919) 731-6407	Patient Experience Department (<i>Departamento de Experiencias del Paciente</i>) 2700 Wayne Memorial Drive Goldsboro, NC 27530 Teléfono: (919) 587-2273 Correo electrónico: patient.experience@waynehealth.org

También puede presentar una reclamación de derechos civiles ante el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.) de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono en: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; 1-800-368-1019; 800-537-7697 (TDD). Puede obtener los formularios de reclamación en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

D. Atención

- **ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al:

UNC Medical Center (UNC Hospitals, UNC Faculty Physicians, UNC Shared Services Center Pharmacy, UNC Homecare, and UNC Home Health):

1-984-974-5006

Caldwell Memorial Hospital:

1-828-757-5100

Chatham Hospital y Chatham Imaging Services de Pittsboro:

1-984-974-5006

UNC REX Healthcare (Rex Hospital; Rex Surgery Center of Wakefield; Rex Surgery Center of Cary; Rex Wakefield Wellness; y Rex Radiation Oncology):

1-984-974-5006

Johnston Health:

1-919-934-8171

Margaret R. Pardee Memorial Hospital:

1-828-696-4644

Nash Health Care Systems (Nash Hospitals, Nash MSO, y NHCS Physicians):

1-252-962-8000

UNC Rockingham Health Care

1-336-520-7592 ext. 1712229

Wayne Memorial Hospital, Inc. (Wayne MRI, LLC)

1-919-736-1110

UNC Physicians Network (UNCPN) y UNC Physicians Network Group Practices (UNCPN GP):

1-984-974-5006

NORTH CAROLINA SURGERY

NOMBRE _____ **FECHA DE NACIMIENTO** _____
NAME _____ *DOB* _____

Fecha de hoy _____ **Motivo de la visita** _____
Today's Date _____ *Reason for Visit* _____

ALERGIAS / ALLERGIES:

MEDICAMENTOS: Enumere todos los medicamentos recetados y de venta libre, hierbas medicinales y vitaminas/
MEDICATIONS: Please list all prescriptions and over the counter medications, herbs and vitamins

Nombre/Name	Dosis/Dose	Nombre/Name	Dosis/Dose
-------------	------------	-------------	------------

FARMACIA/PHARMACY:

Nombre: _____ **Dirección:** _____
Name _____ *Address:* _____

ANTECEDENTES MÉDICOS:

MEDICAL HISTORY

<input type="checkbox"/> Ataque cardíaco----- <i>Heart Attack</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta----- <i>High Blood Pressure</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón----- <i>Kidney Disease</i>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Endoprótesis coronaria----- <i>Heart Stent</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Colesterol alto ----- <i>High Cholesterol</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Convulsiones----- <i>Seizures</i>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Insufic. cardíaca congestiva----- <i>Congestive Heart Failure</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diabetes ----- <i>Diabetes</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides----- <i>Thyroid Disease</i>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Desfibrilador----- <i>Defibrillator</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Derrame cerebral----- <i>Stroke</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Asma ----- <i>Asthma</i>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Marcapasos----- <i>Pacemaker</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> VIH ----- <i>HIV</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> EPOC ----- <i>COPD</i>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hepatitis ----- <i>Hepatitis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cirrosis ----- <i>Cirrhosis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Trastorno de coagulación----- <i>Clotting Disorder</i>	<input type="checkbox"/>

Otra (por favor incluir):
Other (please list)

ANTECEDENTES DE CÁNCER: Enumere los detalles de todo tratamiento de cáncer previo que haya recibido
CANCER HISTORY: Please list details of any prior cancer treatments you have received.

Nombre/Name: _____ Fecha de nacimiento/DOB: _____

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: Enumere todo procedimiento realizado y la fecha aproximada/
SURGICAL HISTORY: Please list procedure and approximate date

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

ANTECEDENTES FAMILIARES/FAMILY HISTORY:

Relación <i>Relation</i>	Cáncer (Sí/No, lugar) <i>Cancer (Y/N, site)</i>	Trastorno de coagulación <i>Clotting Disorder</i>	Enfermedad cardíaca <i>Heart Disease</i>	Otro <i>Other</i>
Madre/Mother				
Padre/Father				
Hermana/Sister				
Hermano Brother				
Abuela/Grandmother				
Tía/Aunt				
Otro (especificar): <i>Other (specify):</i>				

ANTECEDENTES SOCIALES

SOCIAL HISTORY

Uso de tabaco No ___ Sí ___ Ex ___
Tobacco Use No Yes Former

Uso de alcohol No ___ Sí ___ Ex ___
Alcohol Use No Yes Former

Uso de drogas No ___ Sí ___ Ex ___
Drug Use No Yes Former

ABUSO DOMÉSTICO

DOMESTIC ABUSE

¿El abuso, la violencia o el ataque sexual es un problema para usted de algún modo? No ___ Sí ___

Is abuse, violence, or sexual assault a problem for you in any way?
 No Yes

¿Su cuidador/pareja lo amenaza de algún modo? No ___ Sí ___

Does your partner/caregiver threaten you in anyway? No Yes

Indique por favor si ha tenido alguno de los siguientes síntomas recientemente:

Please indicate if you have had the following symptoms recently

Sí/Yes	No	Erupción cutánea <i>Rash</i>
Sí/Yes	No	Trastornos visuales <i>Visual disturbance</i>
Sí/Yes	No	Falta de aire <i>Shortness of breath</i>
Sí/Yes	No	Respiración sibilante <i>Wheezing</i>
Sí/Yes	No	Palpitaciones <i>Palpitations</i>
Sí/Yes	No	Dolor en las articulaciones <i>Joint aches</i>
Sí/Yes	No	Convulsiones <i>Seizures</i>
Sí/Yes	No	Dolor abdominal <i>Abdominal pain</i>
Sí/Yes	No	Otro (incluir abajo) <i>Other (Please list)</i>

Sí/Yes	No	Presión en los senos paranasales <i>Sinus Pressure</i>
Sí/Yes	No	Cambio de peso inesperado <i>Unexpected weight change</i>
Sí/Yes	No	Facilidad para que se formen moretones/sangra con facilidad <i>Easy bruising/bleeding</i>
Sí/Yes	No	Apnea del sueño <i>Sleep apnea</i>
Sí/Yes	No	Dolor en el pecho <i>Chest pain</i>
Sí/Yes	No	Sangrado vaginal <i>Vaginal bleeding</i>
Sí/Yes	No	Dolores de cabeza <i>Headaches</i>
Sí/Yes	No	Nerviosismo/ansiedad <i>Nervous/anxious</i>