



4038 Thomas Nelson Hwy, Arrington, VA 22922 ● Ph: 434.263.4000 ● Fax: 434.263.4160

¡Bienvenido!

Estimado paciente:

Bienvenido y gracias por elegir Blue Ridge Medical Center (BRMC) para sus necesidades de atención médica. Una vez registrado, es elegible para recibir servicios en todas nuestras ubicaciones, incluidas Blue Ridge Medical Center Amherst, Blue Ridge Medical Center Appomattox, Blue Ridge Medical Center Pharmacy y Blue Ridge Dental Center. Complete todos los formularios en el paquete adjunto y devuélvalos al Centro Médico antes de su cita. Tener los documentos con antelación hará que su proceso de registración sea mucho más rápido.

Los formularios incluidos en este paquete son:

Registración	Debe Devolver a BRMC
Privilegio para discutir / Formulario de consentimiento HIPAA	Debe Devolver a BRMC
Solicitud de registros médicos	Debe Devolver a BRMC
Cuestionario de historial de salud	Debe Devolver a BRMC
Acuerdo sobre ausencias del paciente	Debe Devolver a BRMC
Formulario de consentimiento para atención virtual integrada	Debe Devolver a BRMC
Responsabilidades del paciente	Debe Devolver a BRMC
Formulario de asistencia financiera	Devolver solo si aplica para usted
Derechos del paciente	Información para el paciente
Aviso de prácticas de privacidad	Información para el paciente

Los formularios que estén incompletos serán devueltos.

Comuníquese con nosotros lo antes posible si tiene preguntas sobre cualquiera de los formularios. Estaremos encantados de ayudarle. Y nuevamente, gracias por elegir Blue Ridge Medical Center.

Atentamente,

Blue Ridge Medical Center
434.263.4000



4038 Thomas Nelson Hwy • Arrington, VA • 22922 • 434.263.4000

Patient Registration Form

Registración es para: ☐ Medical (BRMC) ☐ Dental (BRDC) ☐ Both Fecha de hoy: _____

Información General del Paciente			
Apellido:	Nombre:	Segundo Nombre:	Sexo: ☐ M ☐ F
Dirección:		Fecha de Nacimiento:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Núm. Celular:			
Núm. Casa:		Núm. Trabajo:	
Email:		Seguro Social:	
¿Desea tener acceso a su portal del paciente y a la aplicación Healow para consultar sus visitas, resultados de laboratorio, información personal, mensajes y servicios en línea (puede solicitar darse de baja en cualquier momento)? ☐ Si ☐ No			
Preferencias de Comunicación			
¿En cuál teléfono(s) podemos dejar mensajes y avisos de citas médicas?: ☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo			
¿Cómo prefiere recibir los recordatorios de citas? ☐ Texto ☐ Llamada ☐ Ambos			
¿Puede BRMC dejar mensajes en los teléfonos que nos provee? ☐ Si ☐ No Si selecciono Si, ¿qué tipo de mensajes desea recibir? ☐ Mensajes breves sin información médica ☐ Mensajes detallados con alguna información médica			
Garante/Persona Responsable del Pago (Complete solo si es diferente del Paciente)			
<i>Si es tutor legal, se debe proporcionar documentación judicial.</i>			
Apellido:	Nombre:	Segundo Nombre:	
Relación con el paciente:		Fecha de Nacimiento:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Email:	Núm. Teléfono (☐ Cell ☐ Casa):		Núm. Trabajo:
Contactos de Emergencia			
	Contacto Principal	Contacto Secundario	
Nombre			
Relación			
Fecha de Nacimiento			
Dirección			
Ciudad, Estado, CP			
Núm. Teléfono			

Información de Seguro Médico/Dental				
Compañía de Seguro Médico Principal:		Subscritor (Si no es el paciente):		
Fecha de Nacimiento del Subscritor:		Relación del subscritor al paciente		
Numero de Grupo:	Numero de Póliza:		Fecha de Vigencia del Seguro Médico:	
Compañía de Seguro Médico Secundaria:		Subscritor (Si no es el paciente):		
Fecha de Nacimiento del Subscritor:		Relación del subscritor al paciente		
Numero de Grupo:	Numero de Póliza:		Fecha de Vigencia del Seguro Médico:	
Seguro Dental:		Subscritor (Si no es el paciente):		
Fecha de Nacimiento del Subscritor:		Relación del subscritor al paciente		
Numero de Grupo:	Numero de Póliza:		Fecha de Vigencia del Seguro Médico:	
Farmacias				
Nombre		Ciudad		
Información Demográfica				
Como un centro médico que recibe fondos federales, la siguiente información nos ayudare a obtener subsidios y otros fondos para mejorar el servicio de nuestro centro médico. Gracias por su ayuda.				
Identidad de Género:				
Hombre		Mujer		Hombre transexual a mujer
Mujer transexual a hombre		Elijo no revelar		Otro:
Raza (Marque todo lo que aplique):				
Negra/Afroamericano	Blanco	Nativo Americano/Alaska	Indio Asiático	
Chino	Filipino	Japones	Coreano	
Vietnamita	Otro asiático	Nativo Hawaiano	Guamanian o Chamorro	
Samoano	Otro Isleño del Pacífico	Mas de una Raza	Elijo no revelar	
Etnicidad:	Hispano	No-Hispano	Elijo no revelar	
Si es Hispano:				
Mexicano/a		Mexicanoamericano/a	Chicano/a	Puertorriqueño/a
Cubano/a		De otro origen Hispano/Latino/Español		Elijo no revelar
Idioma Principal:	English	Español	¿Necesita de un Intérprete?	
Other: _____		Si No		
¿Es veterano de la Fuerzas Armadas de EE. UU.?		Estado Civil:		
Si No		Soltero Casado Divorciado Viudo		
Vivienda:				
Casa Unifamiliar		Casa Multifamiliar	Apartamento	Otro:

¿Experimenta falta de vivienda?		Si	No
¿Si respondió si a la pregunta anterior, donde se está hospedando?			
Refugio para indigentes		Hogar Transicional	Espacio Compartido
En las Calles		Vivienda de apoyo permanente	Otro:
Empleo:			
Tiempo completo		Tiempo parcial	Retirado Estudiante Otro:
Nombre de Empleador:		Dirección de Empleador:	
¿Es usted un trabajador migrante o temporal?			
Migrante		Temporal	Ninguno
Tamaño del Hogar:		Ingreso económico anual:	
		\$ Elijo no revelar	
¿Tiene una directiva por anticipado de cuidado médico en los archivos de nuestra oficina? Si No			
¿Desea información acerca de tal Documento? Si No			
¿Cómo escucho sobre Blue Ridge Medical Center?			
Familia/Amistades		Internet	Periódicos
Social Media		Radio/TV/ Cartelera	Otros:
Favor leer las siguientes notas y poner sus iniciales al lado de cada una. Firme y feche en el lugar indicado			Iniciales
PRIVACY PRACTICE: Reconozco que se me ha informado sobre el Aviso de Prácticas de Privacidad de BRMC/BRDC y que se me ha ofrecido una copia.			
EXPEDIENTES MEDICO/DENTAL: Le doy autorización a BRMC/BRDC para obtener los expedientes médicos de cualquier médico, consultorio o farmacia donde he recibido servicios para mejorar mi cuidado.			
SEGURO MEDICO/DENTAL: Autorizo a BRMC/BRDC proveer información a mi compañía de seguro médico/dental acerca de mi salud, cuidado de salud o cuidado dental. Asigno a BRMC/BRDC para recibir pagos de reclamaciones de seguro presentado por BRMC/BRDC por servicios médicos/dentales. Comprendo que soy responsable por el pago de todos los costos y que finalmente soy responsable de asegurar que mi seguro médico/dental cubra todas mis citas con especialistas los cuales fui referido par BRMC/BRDC.			
RESPONSABILIDAD DE PAGO DEL PACIENTE: Comprendo que soy responsable por pago de los servicios recibidos en BRMC/BRDC, sea tarifa completa, tarifa mínima o escala proporcional. Pacientes con seguro conocen la responsabilidad de los pagos de copago, deducible y coaseguro. Todos los saldos pendientes están sujetos a derecho de recaudación.			
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO/DENTAL: Autorizo a BRMC/BRDC a proveerme tratamiento médico/dental por la condición por la cual me presento a el consultorio			
Firma del Paciente/Tutor Legal:		Fecha:	
Tenga su tarjeta de seguro disponible al momento del registro. El representante de Recepción tomará su fotografía para que podamos identificarlo con precisión en cada visita. La foto es sólo para uso interno.			
FOR OFFICE USE ONLY			
Entered: Yes No	Date:	Initials:	Scanned: Yes No Date: Initials:



4038 Thomas Nelson Hwy, Arrington, VA 22922 ● Ph: 434.263.4000 ● Fax: 434.263.4160

Privilege to Discuss / HIPAA Consent Form

Privilegio para discutir / Formulario de consentimiento HIPAA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
(Mes/Día/Año)

Por favor enliste las personas con quienes podemos hablar sobre su atención médica. No hablaremos de su atención medica con quien no figure en la siguiente lista.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
(Mes/Día/Año)

Relación: _____ Teléfono: _____

☐ Autorización para discutir Información Médica/Dental ☐ Autorización para discutir Información de Facturación ☐ Autorización para Programar Citas en nombre del paciente

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
(Mes/Día/Año)

Relación: _____ Teléfono: _____

☐ Autorización para discutir Información Médica/Dental ☐ Autorización para discutir Información de Facturación ☐ Autorización para Programar Citas en nombre del paciente

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
(Mes/Día/Año)

Relación: _____ Teléfono: _____

☐ Autorización para discutir Información Médica/Dental ☐ Autorización para discutir Información de Facturación ☐ Autorización para Programar Citas en nombre del paciente

Al firmar este formulario, entiendo que **1)** El proveedor divulgador, junto con sus empleados, agentes y voluntarios, quedan liberados de cualquier responsabilidad legal con respecto a la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en este documento. Además, se entiende que el destinatario podrá volver a divulgar esta información, perdiendo así la protección prevista por la ley, **2)** Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, por escrito.

Firma del Paciente / Tutor Legal

Fecha de Hoy



4038 Thomas Nelson Hwy, Arrington, VA 22922 ● Ph: 434.263.4000 ● Fax: 434.263.4160

AUTHORIZATION TO RELEASE OR OBTAIN MEDICAL AND BEHAVIORAL PROTECTED HEALTH INFORMATION

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR U OBTENER INFORMACIÓN MÉDICA Y DE SALUD CONDUCTUAL PROTEGIDA

Patient Name: Nombre del Paciente	Previous Name: Nombre Previo
DOB: Fecha de Nacimiento	SSN (Last 4 digits): SSN (Últimos 4 dígitos):
Patient Address: Dirección del Paciente	
Phone Number: Teléfono Principal	Cellphone Number: Numero Celular
Person Giving Consent: Persona dando consentimiento	Relationship to Patient: Relación con el paciente

I hereby authorize Blue Ridge Medical Center to (please choose one of the following):

Por la presente autorizo a Blue Ridge Medical Center a utilizar y (elija una de las siguientes opciones)

☐ DISCLOSE (to give records to another facility) DIVULGAR (entregar registros a otra institución)	☐ OBTAIN (to have records sent to BRMC) OBTENER (para que los registros se envíen a BRMC)
--	--

the following Personal Health Information:
la siguiente información personal de salud

Primary Care Atención Médica (marque las opciones que correspondan)		Behavioral Health Salud Mental (Marque las opciones que correspondan)		Dental (Marque las opciones que correspondan)
☐ Medication List Lista de medicaciones	☐ Office Notes Notas de Oficina	☐ Assessments Evaluaciones	☐ Office Notes Notas de Oficina	☐ Office Notes Notas de Oficina
☐ Immunizations Vacunas	☐ Imaging Reports Reportes de imágenes	☐ Mental health diagnoses Diagnósticos de salud mental	☐ Medication List Lista de medicaciones	☐ Medication List Lista de medicaciones
☐ Lab Results Laboratorios	☐ Billing Reports Informes de facturación	☐ Office Notes Notas de Oficina	☐ Billing Report Informes de facturación	☐ Billing Report Informes de facturación
☐ Other (Otros):	☐ All Records Todos los Récords	☐ Other (Otros):	☐ Other (Otros):	☐ Other (Otros):

For the following dates: ☐ 2 Years (2 Años) Or From: _____ To: _____
Para las siguientes fechas (requerido) Desde Hasta

From/To the following facility:
Desde/Para la siguiente institución

Facility Name: Nombre de la Institución	Fax:
Facility Address: Dirección de la Institución	Phone Number: Número de Teléfono

In what format would you like your records? ☐ FAX ☐ PICKUP (Recoger en persona) ☐ ELECTRONIC (CD)
¿En qué formato te gustaría tener tus registros?

I authorize the exchange of information requested for the following purposes(s):

Autorizo el intercambio de información solicitada para el(los) siguiente(s) propósito(s)

☐ INSURANCE Seguro Médico	☐ LEGAL ACTION Acción Legal	☐ TRANSFER OF CARE/CONTINUED TREATMENT Transferencia de atención Médica/ Tratamiento Continuo	☐ OTHER(Otro):
--	--	--	--

Unless the format of records is indicated specifically above, the above information may be shared verbally, or in written or electronic form. I understand that information disclosed pursuant to this authorization may be released or distributed by the recipient and may no longer be protected by HIPAA. Sensitive records, such as those related to mental health, alcohol abuse or substance abuse treatment, HIV/STDs may be included in the release of records/information. Except to the extent that Blue Ridge Medical Center or other lawful holder of my records has already acted in reliance upon it, this authorization is subject to revocation at any time by sending a written request to Blue Ridge Medical Center, Release of Information, Attn: Privacy Officer, 4038 Thomas Nelson Hwy, Arrington VA 22922. Otherwise, this authorization will automatically expire upon within one year from the signed date below.

A menos que el formato de los registros se indique específicamente anteriormente, la información anterior puede compartirse verbalmente, por escrito o en forma electrónica. Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede ser divulgada o distribuida por el destinatario y puede que ya no esté protegida por la HIPAA. Los registros confidenciales, como los relacionados con la salud mental, el tratamiento del abuso de alcohol o de sustancias, el VIH/ETS pueden incluirse en la divulgación de registros/información. Excepto en la medida en que Blue Ridge Medical Center u otro titular legal de mis registros ya haya actuado en base a ella, esta autorización está sujeta a revocación en cualquier momento mediante el envío de una solicitud por escrito a Blue Ridge Medical Center, Release of Information, Attn: Privacy Officer, 4038 Thomas Nelson Hwy, Arrington VA 22922. De lo contrario, esta autorización caducará automáticamente dentro de un año a partir de la fecha de la firma a continuación.

As the person signing this authorization, I understand that I am giving my permission to the above-named health care entity for disclosure of confidential health records. A copy of this authorization and a notification concerning the person or agencies to whom disclosure was made shall be included with my original health record. I may refuse to sign this form. I understand that Blue Ridge Medical Center will not condition the provision of treatment, payment, enrollment in a health plan, or eligibility for benefits on the provision of this authorization.

Como persona que firma esta autorización, entiendo que estoy dando mi permiso a la entidad de atención médica mencionada anteriormente para la divulgación de registros médicos confidenciales. Se incluirá una copia de esta autorización y una notificación sobre la persona o agencias a quienes se les hizo la divulgación junto con mi historial médico original. Puedo negarme a firmar este formulario. Entiendo que Blue Ridge Medical Center no condicionará la provisión de tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios a la provisión de esta autorización.

NOTICE TO RECIPIENT OF RECORDS: The information has been disclosure to you from records protected by Federal Regulations (42 CFR Part 2) which prohibits a recipient from making any further disclosure of this information in this record that identifies a patient as having had a alcohol or substance use disorder either directly, by reference to publicly available information, or through verification of such identification by another person unless further disclosure is expressly permitted by the written consent of the individual whose information is being disclosed or as otherwise permitted by 42 CFR Part 2. A general authorization for the release of medical or other information is NOT sufficient for this purpose (see 2.31). The federal rules restrict any use of the information to investigate or prosecute regarding a crime any patient with a substance use disorder, except as provided at #2.21© (5) and 2.65.

AVISO AL DESTINATARIO DE LOS REGISTROS: La información se le ha divulgado a partir de registros protegidos por las Regulaciones Federales (42 CFR Parte 2) que prohíben que un destinatario haga cualquier divulgación adicional de esta información en este registro que identifique a un paciente como alguien que ha tenido un trastorno por consumo de alcohol o sustancias, ya sea directamente, por referencia a información disponible públicamente o mediante la verificación de dicha identificación por otra persona, a menos que se permita expresamente una divulgación adicional mediante el consentimiento por escrito de la persona cuya información se está divulgando o según lo permita de otra manera 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito (consulte 2.31). Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar por un delito a cualquier paciente con un trastorno por consumo de sustancias, excepto lo dispuesto en los puntos 2.21(5) y 2.65.

Patient's or Authorized Representative's Printed name

Nombre impreso del paciente o representante autorizado

Date

Fecha de Hoy

Patient's or Authorized Representative's Signature

Firma del paciente o representante autorizado

Date

Fecha de Hoy

Individual who assisted in completing the form

Individuo que asistió en completar el formulario

Date

Fecha de Hoy



HEALTH HISTORY QUESTIONNAIRE

Todas las preguntas contenidas en este cuestionario son estrictamente confidenciales y formaran parte de sus médicos registros.

Nombre completo del Paciente:	☐ M ☐ F	Fecha de Nacimiento: (Mes/Día/Año)
Medico anterior o de referencia:	Fecha del último examen: (Mes/Día/Año)	
Nombre y Ubicación de su Especialista (cardiólogo, dermatólogo, etc.):		

HISTORIA PERSONAL DE SALUD

¿Alguna vez un médico le ha dicho que tiene alguna de las siguientes condiciones médicas?

Condición	Si	No	Condición	Si	No
Cardiopatía Congénita Congenital heart disease			Enfermedades de Transmisión Sexual Sexually transmitted Disease		
Ataque al Corazón/ Infarto del Miocardio Heart Attack/Myocardial Infarction			Mujeres: Papanicolaou Anormal Women-Abnormal Pap Smear		
Hipertensión/Presión Alta Hypertension/High Blood Pressure			Incontinencia urinaria Urinary Incontinence		
Diabetes Mellitus (Tipo 2) Diabetes Mellitus/Sugar (Type 2)			Defectos de nacimiento Birth Defects		
Glaucoma			Osteoporosis		
Enfermedad renal/ Nefropatía Kidney Disease			Problemas de audición Hearing Problems		
Diabetes Tipo 1 Diabetes: Type 1			Asma Asthma		
Colesterol Alto High Cholesterol			Artritis Reumática Rheumatoid Arthritis		
Depresión/ Ansiedad Depression/Anxiety			Hiperplasia Prostática Benigna Benign Prostatic Hyperplasia		
Ataque Isquémico Transitorio (Mini-derrame) Transient Ischemic Attack (TIA)			Cáncer de piel Skin Cancer		
Trastornos de coagulación/Problemas de sangrado Coagulation Disorders/Bleeding Problems			Cáncer de mama Breast Cancer		
Abuso de Alcohol Alcohol Abuse			Cáncer de próstata Prostate Cancer		
Enfermedad de la tiroides Thyroid Disease			Cáncer de ovarios Ovarian Cancer		
Anemia o Trastorno de la sangre Anemia or Blood Disorder			Cáncer (otros) Cancer, other		
Discapacidad mental Mental Disability			Migrañas/ dolores de cabeza Migraines/Headaches		
Eczema			Lupus		
Epilepsia /Convulsiones Epilepsy/Seizures			Artritis Arthritis		
Alergias Ambientales Environmental Allergies			Otro:		

Haga una lista de sus medicamentos recetados o de venta libre como vitaminas e inhaladores		
Nombre del medicamento	Potencia (miligramos)	Frecuencia con que lo toma
ANTECEDENTES DE SALUD FAMILIAR		

	EDAD		PROBLEMAS DE SALUD		EDAD		PROBLEMAS DE SALUD
Padre				Hijos	☐ M		
					☐ F		
Madre					☐ M		
					☐ F		
Hermanos(as)	☐ M				☐ M		
	☐ F				☐ F		
	☐ M				☐ M		
	☐ F				☐ F		
	☐ M			Abuela			
	☐ F			Materna			
	☐ M			Abuelo			
☐ F			Materno				
☐ M			Abuela				
☐ F			Paterna				
☐ M			Abuelo				
☐ F			Paterno				

Firma del Paciente/Tutor Legal

Fecha de hoy
(Mes/Día/Año)



4038 Thomas Nelson Hwy, Arrington, VA 22922 ● Ph: 434.263.4000 ● Fax: 434.263.4160

Acuerdo sobre Ausencias del Paciente

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Gracias por elegir Blue Ridge Medical Center para sus necesidades de cuidado médico. En nuestro Centro, puede esperar profesionales atentos que le brinden atención de la más alta calidad.

Los pacientes de nuestro Centro tienen derechos y responsabilidades. Estas listas son parte del paquete de registro y están publicadas en varios lugares del edificio.

Una responsabilidad muy importante del paciente es asistir a su cita y llegar a tiempo. Esto nos ayuda a brindarle un mejor cuidado médico y también mantiene el acceso disponible para otras personas de la comunidad que necesitan ser atendidas.

Por favor tómese un tiempo para leer las siguientes declaraciones e indique que las comprende escribiendo sus iniciales. Si tiene alguna pregunta, por favor consulte en la recepción. Estaremos encantados de explicar más.

¡Gracias nuevamente!

1. Entiendo que, cancelar una visita con menos de 24 horas de anticipación se considera una ausencia.

Iniciales _____

2. Entiendo que, si tengo tres ausencias en un plazo de 24 meses, seré suspendido del centro médico hasta que me reúna con el trabajador de salud comunitario o su designado y elabore un plan de acción por escrito. El incumplimiento del plan de acción podría resultar en su despido del centro médico.

Iniciales _____

3. Entiendo que, si llego a una cita con más de 10 minutos de retraso, no podré ser visto y esto se considerará como una ausencia.

Iniciales _____

Firma del Paciente/Tutor Legal

Fecha de Hoy



Consentimiento para Servicios Integrados de Atención Virtual

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
Mes/Día/Año

Blue Ridge Medical Center ofrece servicios integrados de atención virtual mediante tecnología segura de audio y/o video, incluyendo plataformas como Healow, eClinicalWorks, Portal del Paciente, Doxy.me, Doximity, comunicación telefónica, sistemas de monitoreo remoto de pacientes y otros sistemas aprobados. Los servicios integrados de atención virtual pueden incluir telemedicina, atención de seguimiento, servicios de salud conductual, manejo de medicamentos, educación del paciente, monitoreo remoto de información de salud del paciente, documentación clínica y transcripción asistidas por inteligencia artificial (IA), y herramientas aprobadas de IA que apoyan la coordinación del cuidado y los procesos operativos.

Las herramientas de IA se utilizan para apoyar, y no reemplazar, la toma de decisiones médicas por parte de profesionales de la salud con licencia. Todos los diagnósticos, decisiones de tratamiento y la atención del paciente continúan siendo responsabilidad del proveedor de atención médica. Cualquier herramienta respaldada por IA utilizada por Blue Ridge Medical Center cumple con las normas aplicables de privacidad, seguridad y confidencialidad.

Entiendo y acepto que:

- La atención virtual integrada, incluyendo la telemedicina y el monitoreo remoto, es diferente de una visita en persona porque el proveedor y el paciente pueden no encontrarse en el mismo lugar, y cierta información puede ser recopilada o revisada de manera remota.
- Ciertas condiciones médicas pueden requerir una visita en persona, examen físico, pruebas o tratamiento.
- Pueden ocurrir problemas técnicos, fallas en dispositivos, interrupciones de conectividad o problemas en la transmisión de datos del monitoreo remoto durante o entre los servicios de atención virtual.
- Mi información de salud permanecerá como parte de mi expediente médico confidencial y estará protegida bajo HIPAA y las leyes de privacidad aplicables.
- Las visitas de telesalud y los servicios apoyados por IA no se graban rutinariamente en audio o video, a menos que se informe y autorice lo contrario.
- La participación en los servicios integrados de atención virtual, incluyendo la telemedicina y el monitoreo remoto, es voluntaria, y puedo suspender o rechazar estos servicios en cualquier momento.
- Los servicios integrados de atención virtual pueden ser facturados a mi seguro de manera similar a las visitas en persona, cuando corresponda.

Al firmar a continuación, reconozco que:

- He leído y entiendo este formulario.
- Consiento recibir servicios integrados de atención virtual de Blue Ridge Medical Center, incluyendo telemedicina, acceso al Portal del Paciente y monitoreo remoto de pacientes cuando sea apropiado.
- Reconozco y doy mi consentimiento para el uso de tecnologías aprobadas asistidas por IA, según se describen anteriormente, incluyendo transcripción clínica mediante IA y herramientas de IA utilizadas para apoyar la documentación, el flujo de trabajo, la comunicación y la coordinación del cuidado.
- Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento notificando a Blue Ridge Medical Center.

Firma del Paciente/Tutor Legal

Fecha de Hoy

*** La firma del paciente debe ser obtenida a menos de que este sea menor de edad y no pueda otorgar su consentimiento o carezca de capacidad por otros motivos.**



4038 Thomas Nelson Hwy, Arrington, VA 22922 ● Ph: 434.263.4000 ● Fax: 434.263.4160

Responsabilidades del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Como paciente de Blue Ridge Medical Center, respetuosamente le solicitamos que:

Respeto y Dignidad: Los pacientes deben tratar a todos los empleados de Blue Ridge Medical Center (BRMC), sus afiliados y otros pacientes con respeto y dignidad en todo momento. BRMC no tolerará ninguna forma de agresión o acoso verbal hacia ninguna persona por ningún motivo. La conducta inaceptable puede resultar en la expulsión de las instalaciones, el alta de nuestra práctica y acciones legales y/o arresto.

Citas Médicas Los pacientes tienen la responsabilidad de asistir a sus citas programadas y llegar a tiempo según las instrucciones recibidas. Deben traer lo siguiente: una identificación válida, documentación que acredite la responsabilidad legal o tutela del paciente (si aplica), tarjetas vigentes del seguro médico, medicamentos, y estar preparados para pagar el copago correspondiente a la visita (considere realizar el pago de cualquier saldo pendiente). Si por alguna razón no puede asistir a su cita, debe notificarlo con al menos 24 horas de anticipación. Los pacientes deben revisar, firmar y cumplir con la política de Acuerdo sobre Ausencias del Paciente.

Coordinación con el Seguro Médico: Los pacientes son responsables de responder a las solicitudes de su compañía de seguros (incluyendo información actualizada del seguro), particularmente en relación con la coordinación de beneficios; de lo contrario, es posible que se les facture directamente.

Responsabilidad Financiera: Los pacientes deben aceptar la responsabilidad financiera por cualquier saldo pendiente adeudado a BRMC. Los pacientes pueden comunicarse con el Departamento de Finanzas de BRMC para discutir opciones de pago.

Información Médica: Los pacientes deben proporcionar información precisa y completa sobre su salud, incluyendo enfermedades previas, medicamentos y hospitalizaciones.

Cumplimiento del Tratamiento: Los pacientes son responsables de participar en la planificación y seguir el plan de tratamiento establecido por el proveedor. Son responsables de sus acciones si rechazan el tratamiento o no siguen el plan establecido.

Políticas de las Instalaciones: Los pacientes deben cumplir con todas las políticas de BRMC, incluyendo, entre otras, la prohibición del uso de productos de tabaco y dispositivos de vapeo en la propiedad de BRMC, la prohibición de armas y la autorización únicamente de animales de servicio aprobados por la Ley para Americanos con Discapacidades (ADA).

Yo, (su nombre) _____, **acepto cumplir con las Responsabilidades del Paciente descritas anteriormente.** Entiendo que el incumplimiento de estas responsabilidades puede resultar en mi expulsión de BRMC, la suspensión de servicios futuros por parte de BRMC o acciones legales, según corresponda.

Firma del Paciente/Tutor Legal

Fecha de hoy



4038 Thomas Nelson Hwy, Arrington, VA 22922
Ph: 434.263.4000 ● Fax: 434.263.4160 ● Email: slide@brmedical.com

Solicitud Para Asistencia Financiera

¡LAS SOLICITUDES NO SERÁN PROCESADAS EL DÍA DEL SERVICIO!
¡Las solicitudes sin comprobantes de todos los ingresos NO SERÁN PROCESADAS!
(Véase atrás para instrucciones)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Dirección Postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____
Dirección Física: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____
Email: _____
Teléfono: Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

"Familia/Hogar" incluye usted, Esposo(a)/compañera/Prometido, y dependientes (como lo define IRS) ** Si alguien lo reclama como dependiente, entonces anote los otros miembros del hogar.

Lista de miembros de la Familia/Hogar (Si necesita mas espacio, puede usar otra página)	Fecha de Nacimiento	Relación con el Aplicante	Ingreso Bruto Mensual COMPROBANTE REQUERIDO	Nombre del Empleador (si trabaja) o fuente de ingresos	¿Estudiante de Tiempo Completo?	Raza
Si mismo		Si mismo				

¿Cuántos hay en su familia/hogar? _____ **Si esta empleado, ¿en que fecha termino su trabajo?** _____

Solicitante: ¿Cada cuánto le Pagan? _____ Fecha de Empleo: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Otro Solicitante: ¿Cada cuánto le Pagan? _____ Fecha de Empleo: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Si NO tiene ingresos o tiene ingresos BAJOS, ¿Cómo se mantiene? (Provea Comprobante) _____

¿Alguien en su familia recibe? (círcule) PROVEA COMPROBANTE / DOCUMENTACION DE TODO

Estampillas/Cupones de Alimentos: Si / No Cantidad: \$	Subsidio de Desempleo: Si / No Cantidad: \$
Sustento Infantil: Si / No Cantidad: \$	Discapacidad: Aprobada o Pendiente: Si / No Cantidad: \$
Pensión Matrimonial: Si / No Cantidad: \$	Recibe dinero de Renta: Si / No Cantidad: \$

¿Alguien en su hogar tiene seguro médico? Nombre(s): _____ ¿Seguro? _____
(Incluyendo Medicare o Medicaid)
Si / No Nombre(s): _____ ¿Seguro? _____

DECLARACIÓN: La información provista arriba, a mi entendimiento es, completa, correcta y verdadera. Comprendo que, si doy información falsa, no entrego información, o si niego reportar cambios de ingreso, voy a ser descalificado del programa; y acusado de perjurio, robo, y/o fraude. Yo autorizo liberar toda información a la que Blue Ridge Medical Center pueda necesitar para determinar si califico al Programa de Asistencia Financiera.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____
Otro adulto y/o firma del compañero: _____ Fecha: _____
(vea atrás, parte #3)

Office Use Only (below this line)

BRMC: Income: _____ SS Status: _____ Eff. Dates: _____ Date/Int: _____



4038 Thomas Nelson Hwy, Arrington, VA 22922
Ph: 434.263.4000 ● Fax: 434.263.4160 ● Email: slide@brmedical.com

¡Las solicitudes sin comprobantes ingresos o algún otro sustento NO SERÁN PROCESADAS!
Los costos de la Farmacia de Blue Ridge Medical Center y los costos de algunos procedimientos y servicios Dentales son exentos de la Escala de Descuento. Sin embargo, algunos descuentos podrían aplicar para paciente elegibles. La elegibilidad se basará en la información proporcionada en esta solicitud.

1. **Llene todos los espacios en blanco e incluya comprobantes de todos los ingresos.** Si no hay ingresos, vea **“DESEMPLEADO-SIN INGRESOS O INGRESO BAJO”**, abajo. Solicitudes incompletas o con falta de comprobante de ingresos, serán devueltas demorando significativamente el proceso. **Usted será responsable de pagar el costo completo por consulta hasta que su aplicación sea procesada.**
2. **Otros Adultos en el Hogar:** Si usted es cónyuge/pareja/novio(a)/prometido(a) en el hogar, **comprobantes** de sus ingresos son REQUERIDOS. Si usted es un adulto **“dependiente”** - vea el #3.
3. **“Otro Adulto y/o Pareja”:** Por favor, firme esta solicitud si usted vive en el hogar y desea ser considerado para este programa **Y** usted es uno de los siguientes:
 - Un hijo adulto del solicitante. **(Hijos adultos dependientes deben proveer COMPROBANTE de dependencia – IRS 1040) OR**
 - Pareja de hecho (prometido(a), novio(a)) del solicitante.

Los siguientes tipos de documentos son requeridos como validos para documentar sus ingresos:

- **EMPLEADO:**
 - Sí estuvo empleado durante todo el año anterior, entonces los impuestos del IRS 1040 del año anterior, o
 - Un mes de talones/colillas de cheque actuales, mostrando su ingreso bruto, o
 - Una carta de su empleador/patrón, mostrando su salario bruto de un mes actual.
- **TRABAJO POR CUENTA PROPIA:** Impuestos federales, (IRS 1040) del año anterior, junto con Schedule C.
- **DESEMPLEADO – SIN INGRESO O INGRESO BAJO:** Una declaración de un familiar o amigo declarando su sustento financiero y su falta de ingreso o empleo.
- **SUBSIDIO DE DESEMPLEO O COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR:** Documentación, verificando cantidad de beneficios semanales o carta de negación.
- **BENEFICIOS DEL GOBIERNO:** Seguro social, Seguridad De Ingreso Suplementario (SSI), Beneficio de Excombatiente (VA), discapacidad, u otros beneficios del Gobierno.
 - Carta de Seguro Social, confirmando o negando y enumerando cantidad bruta mensual.
 - IRS 1099, mostrando la cantidad anual (si se recibe durante un año en total).
- **SERVICIOS SOCIALES:**
 - SNAP “Noticia de acción” Para estampillas/cupones de alimentos, ayuda para niños dependientes, Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF), vivienda, etc.
- **OTROS RECURSOS:** Provea comprobante legal o carta de adjudicación oficial.
- **SIN HOGAR:** Carta de albergue, si el cliente está sin lugar.
- **BIENES LÍQUIDOS:** Proveer factura(s) del Banco o cooperativa de crédito.
 - Inversiones, certificado de depósito (CD), interés, dividendos.
- **OTRO:** Copia de los papeles de custodia para los dependientes anotados.

Comentarios: Puede usar esta área para explicar circunstancias que piensa en los pueda ayudar.



4038 Thomas Nelson Hwy, Arrington, VA 22922 ● Ph: 434.263.4000 ● Fax: 434.263.4160

Derechos del Paciente

Como paciente de Blue Ridge Medical Center, usted tiene derecho a:

- **Atención Profesional, Respeto, Dignidad y Privacidad:** Nuestros pacientes recibirán atención profesional y serán tratados con dignidad y respeto, incluyendo la privacidad durante tratamientos y exámenes.
- **Seguridad y Libertad de Abuso:** Nuestros pacientes recibirán atención en un entorno seguro, libre de abuso físico o mental, negligencia o acoso, y sin discriminación por raza, género, edad, religión u orientación sexual.
- **Consentimiento Informado y Participación:** Nuestros pacientes serán completamente informados sobre su diagnóstico, pronóstico, planes de tratamiento y opciones, incluyendo riesgos, beneficios y alternativas, y tienen el derecho de participar en su desarrollo. También serán informados sobre su responsabilidad financiera y tienen el derecho de rechazar el tratamiento en la medida permitida por la ley.
- **Sin Sorpresas, Incluyendo:**
 - Protección contra facturación inesperada y facturación de saldo
 - Derecho a recibir una estimación de buena fe
- **Comunicación:** Nuestros pacientes tienen el derecho de designar a una o más personas en sus contactos de emergencia y/o lista de personas autorizadas para discutir su información, quienes podrán ser notificadas sobre su estado general, ubicación y traslado a otra instalación. Además, los pacientes pueden solicitar que la información relacionada con su atención médica les sea enviada por correo postal en sobre sellado.
- **Libertad de Restricciones:** Las restricciones físicas o químicas están prohibidas, excepto cuando sean necesarias por razones de seguridad, y no deben utilizarse por conveniencia.
- **Acceso a Registros Médicos:** Nuestros pacientes tienen el derecho de revisar sus registros médicos y obtener información sobre la divulgación de estos.
- **Confidencialidad:** Los registros médicos y financieros serán tratados con estricta confidencialidad.
- **Inquietudes y Quejas:** Nuestros pacientes tienen el derecho de ser informados sobre sus derechos y de presentar quejas respecto a su atención sin temor a represalias.
- **Directivas Anticipadas (Advance Directives):** Nuestros pacientes tienen el derecho de crear y hacer cumplir sus directivas anticipadas, asegurando que sus deseos respecto a su atención médica sean respetados.
- **Segunda Opinión:** Nuestros pacientes tienen el derecho de solicitar una consulta o segunda opinión con otro proveedor, a cargo del propio paciente.

Aviso de Prácticas de Privacidad

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a ella. Revíselo cuidadosamente.

Nuestras responsabilidades. Su información. Sus derechos.

Nuestras responsabilidades

1. La ley nos exige:

- Mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida (PHI).
- Notificarle de inmediato si ocurre una violación que pudiera haber comprometido la privacidad o seguridad de su PHI.
- Cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia.
- No usar ni compartir su información de una manera distinta de la descrita aquí, a menos que usted nos autorice por escrito. Si nos autoriza, puede cambiar de opinión en cualquier momento notificándonoslo por escrito.

Para obtener más información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

Cómo usamos y divulgamos su información

Podemos usar y compartir su información por las siguientes razones

1. Tratamiento:

- Podemos usar su información médica y compartirla con otros profesionales que le estén brindando tratamiento.
- Ejemplo: Para mejorar la coordinación de su atención y tratamiento, podemos divulgar información médica, incluida la información médica electrónica, a médicos, enfermeros, técnicos u otro personal, incluidas personas fuera de nuestro consultorio y proveedores de atención médica que participan en Intercambios de Información de Salud y que intervienen en su atención médica.

2. Pago:

- **Para facturar sus servicios:** podemos usar y compartir su información médica para facturar y recibir pagos de planes de salud u otras entidades. Por ejemplo, proporcionamos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague sus servicios.

3. Operaciones de atención médica:

- **Para administrar nuestra organización:** podemos usar y compartir su información médica para administrar nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario. Por ejemplo, usamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y sus servicios.

4. Recordatorios de citas, alternativas de tratamiento y beneficios y servicios relacionados con la salud:

- Podemos usar y divulgar información médica para comunicarnos con usted y recordarle que tiene una cita con nosotros. También podemos usar y divulgar información médica para informarle sobre alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud que pudieran ser de su interés. Por ejemplo, correspondencia sobre inmunizaciones, vacunas o atención preventiva.

5. Personas involucradas en su atención o en el pago de su atención:

- Cuando corresponda, podemos compartir información médica con una persona involucrada en su atención médica o en el pago de su atención, como un familiar o un amigo cercano.
- Podemos informar a su familia sobre su ubicación o estado general, o divulgar esa información a una entidad que esté colaborando en una labor de asistencia en caso de desastre.

Cómo podemos usar o compartir su información

Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras, generalmente para fines que contribuyen al bien público, como la salud pública, la seguridad y la investigación. Debemos cumplir con las condiciones establecidas por la ley antes de compartir su información para estos fines.

Para obtener más información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

1. Podemos compartir información:

- Para responder a demandas y acciones legales; podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o a una citación.
- Podemos utilizar a un Asociado Comercial (BA) para que preste servicios en nuestro nombre. Todos los asociados comerciales están obligados a proteger la privacidad de su información y no pueden usarla ni divulgarla salvo según lo especificado en nuestro acuerdo.

2. Para asuntos de salud y seguridad públicas:

- Informar sobre sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona.

3. Podemos compartir información médica sobre usted en determinadas situaciones, como:

- Prevenir enfermedades
- Colaborar con el retiro de productos del mercado
- Informar reacciones adversas a medicamentos

4. Atender solicitudes de compensación de trabajadores, de las autoridades del orden público y de otras entidades gubernamentales. Podemos usar o compartir información médica sobre usted:

- Para reclamaciones de compensación de trabajadores
- Para fines de cumplimiento de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley
- Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales, como actividades militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

5. Cumplir con la ley. Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si este desea verificar que cumplimos con la ley federal de privacidad.

6. **Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos.** Podemos compartir información médica sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.
7. **Trabajar con un médico forense o director de funeraria.** Podemos compartir información con un juez de instrucción, médico forense o director de funeraria cuando una persona fallece.
8. **Realizar investigaciones.** Podemos usar o compartir información para investigaciones de salud.
9. **La Regla de Privacidad nos exige describir cualquier ley estatal u otra ley que establezca límites más estrictos para las divulgaciones.** Nunca compartiremos registros de tratamiento por abuso de sustancias sin su permiso por escrito.

Sus opciones

En estos casos, nunca compartimos su información a menos que usted nos dé permiso por escrito: para fines de mercadeo, para la venta de su información o para compartir notas de psicoterapia o de salud conductual.

En el caso de la recaudación de fondos:

- Podemos comunicarnos con usted para actividades de recaudación de fondos, pero puede indicarnos que no volvamos a contactarlo.

Si tiene una preferencia clara sobre cómo debemos compartir su información en las situaciones descritas a continuación, comuníquese con nosotros. Díganos qué desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones. En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de indicarnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención
- Compartamos información en una situación de asistencia en caso de desastre

Si no puede comunicarnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, conforme a la ley de consentimiento implícito podemos compartir su información si consideramos que hacerlo es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad:

- Informar a familiares y amigos sobre su estado
- Brindar asistencia en caso de desastre
- Incluir su información en el directorio de un hospital
- Brindar atención de salud mental

Sus derechos

Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

1. Usted tiene derecho a obtener una copia impresa o electrónica de su expediente médico:

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico y de otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información médica, por lo general dentro de los 30 días siguientes a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

2. Solicitarnos que corrijamos su expediente médico:

- Puede pedirnos que corrijamos información médica sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.

- Podemos rechazar su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito dentro de un plazo de 60 días.

3. Obtener una lista de las personas o entidades con quienes hemos compartido su información.

- Puede solicitar una lista (registro) de las ocasiones en que hemos compartido su información médica durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y determinadas otras divulgaciones (como las que usted nos pidió que hiciéramos). Le proporcionaremos un registro al año sin costo, pero cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro dentro de un período de 12 meses.

4. Solicitarnos que limitemos la información que compartimos:

- Puede pedirnos que no usemos ni compartamos determinada información médica para tratamiento, pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos rechazarla si afectara su atención.
- Si paga de su propio bolsillo y en su totalidad un servicio o artículo de atención médica, puede pedirnos que no compartamos esa información con su aseguradora médica para fines de pago o de nuestras operaciones. Aceptaremos su solicitud, a menos que una ley nos obligue a compartir esa información.

5. Solicitar comunicaciones confidenciales:

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su hogar u oficina) o que enviemos correspondencia a una dirección diferente.
- Aceptaremos su solicitud si es razonable.

6. Obtener una copia de este aviso de privacidad:

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Aunque haya aceptado recibir el aviso electrónicamente, le proporcionaremos de inmediato una copia impresa.

7. Elegir a alguien para que actúe en su nombre:

- Si le ha otorgado a alguien un poder médico o si una persona es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Antes de tomar cualquier medida, verificaremos que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre.

Cambios a este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible cuando lo solicite, en nuestro consultorio y en nuestro sitio web.

Quejas

- Puede presentar una queja si considera que se han violado sus derechos de privacidad.
- Puede presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos. Para hacerlo, comuníquese por escrito con: Oficial de Cumplimiento de BRMC, 4038 Thomas Nelson Hwy, Arrington, VA 22922.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Ave, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.