



**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

### Información importante para pacientes

- Los pacientes *deben estar acompañados por sus padres o un tutor legal*, a menos que posean responsabilidad jurídica y financiera por los gastos incurridos durante el transcurso del tratamiento.
- Sírvase notificar a nuestras oficinas con cinco (5) días de anticipación, como mínimo, en caso de que el paciente necesite un traductor para la cita programada.

### INFORMACIÓN SOBRE LA CITA

Hora: \_\_\_\_\_  AM  PM      Fecha: \_\_\_\_\_

### Su cita programada se llevará a cabo en:

<input type="checkbox"/> Eastover - Oficina principal	2630 East 7th Street Suite 100	Charlotte 28204
<input type="checkbox"/> Ballantyne	14135 Ballantyne Corporate Place Dr. Suite 225	Charlotte 28277
<input type="checkbox"/> Concord	900 Branchview Dr. Suite 100	Concord 28025
<input type="checkbox"/> Gastonia	2325 Aberdeen Blvd. Suite C	Gastonia 28054
<input type="checkbox"/> Lake Norman	19475 Old Jetton Rd, Suite 100	Cornelius 28031
<input type="checkbox"/> Monroe	Building B – The Park at Monroe 1995 Wellness Blvd, Suite 200	Monroe 28110
<input type="checkbox"/> Rock Hill	197 Piedmont Blvd Suite 109	Rock Hill, SC 29732
<input type="checkbox"/> University	8401 University Executive Park Dr. Suite 128	Charlotte 28262

## NUESTRAS OFICINAS ESTÁN ABIERTAS A PARTIR DE LAS 8:10 A. M.

➔ Para obtener instrucciones de cómo llegar, visite nuestro sitio web en [www.carolinaasthma.com](http://www.carolinaasthma.com) o llámenos al 704-372-7900

### Información de visitas de vital importancia para pacientes

- ▶ Para tener tiempo suficiente para completar la documentación necesaria, debe planificar su llegada 15 a 30 minutos antes de su hora de cita programada.
- ▶ **Con respecto a autorizaciones y derivaciones:** Si tiene TriCare Prime, V.A. o cualquiera de los planes HMO o POS, se exige una autorización o derivación antes de ver a un especialista. Comuníquese con su aseguradora para confirmar este requisito. Si se requiere una derivación, solicítele a su médico de cabecera, gineco-obstetra o internista que reenvíe la información antes de su visita programada.
- ▶ Como gesto de cortesía para nuestros pacientes, Carolina Asthma and Allergy Center se comunicará telefónicamente con los nuevos pacientes con al menos una semana de anticipación a la visita programada a fin de confirmar su cita. Si se ve obligado a cancelar la cita médica, debe avisar tal situación con 24 horas de anticipación, como mínimo. Sírvase llamar al 704-372-7900 para evitar el cargo de \$25 por faltar a la cita.
- ▶ No use perfumes ni colonias fuertes que podrían resultar irritantes para nuestros pacientes alérgicos.
- ▶ Recuerde que deberá abonar el monto de copago que se indica en la tarjeta de su seguro médico al momento de recibir el servicio.

### Planes para pacientes que pagan por su cuenta y de deducible alto

Los pacientes que pagan por su cuenta y los pacientes con deducible alto son responsables de todos los gastos incurridos en CAAC y deberán abonar la totalidad del monto al momento de recibir el servicio. Si tiene preguntas o inquietudes, comuníquese al 704-998-0812 antes de la fecha de su cita.



Estimado futuro paciente:

Estamos muy contentos de que haya elegido a Carolina Asthma and Allergy Center (CAAC) a fin de recibir atención médica para su afección de asma y/o alergias. Con el objetivo de proporcionarle la mejor atención posible, le solicitamos que siga acudiendo a un médico de cabecera (PCP, Primary Care Physician) para tratar sus problemas de salud general. Al conformar un equipo (su médico de cabecera, nuestros médicos y nuestro personal), trabajaremos en forma conjunta para brindarle tratamiento para sus problemas de asma y alergias, pero creemos que su médico de cabecera está mejor equipado para tratar sus demás enfermedades. Por lo tanto, esto creará un óptimo nivel de atención de la salud.

A continuación, enumeramos algunas sugerencias para mejorar la calidad de su experiencia al recibir atención en CAAC.

1. Póngase en contacto con su compañía aseguradora para determinar:
  - a. si Carolina Asthma & Allergy Center se encuentra dentro de la red de su seguro médico. **Si no es así, posiblemente tenga que abonar algunos o todos los gastos por los servicios prestados.**
  - b. si estamos incluidos en su red, averigüe si su póliza contempla el reembolso de los gastos por consultas con especialistas, pruebas de alergia y vacunas o inyecciones para la alergia.
2. Traiga todas las historias clínicas de su médico de cabecera o especialista(s) que crea que podrían resultar útiles para nosotros a fin de evaluar su situación y brindar tratamiento para su afección.
3. Sírvase completar todos los formularios adjuntos antes de su visita.

---

### Horarios de atención de nuestras oficinas

Como ha elegido un determinado consultorio de CAAC en el que desea ser atendido, conozca los días de la semana y los horarios en los que ese consultorio específico está abierto. Esto resulta especialmente importante para los pacientes que recibirán inyecciones, dado que existen limitaciones en cuanto a los días y horarios disponibles para las vacunas programadas.

Nuestro personal de enfermería está disponible de lunes a viernes, 8:30 a. m. a 5 p. m. y siempre está disponible para responder preguntas de emergencia. Sin embargo, puede que las preguntas de rutina deban esperar hasta más tarde en el día, luego de que se haya accedido a sus registros.

Nuestros médicos de guardia para emergencias están disponibles las 24 horas del día, 7 días a la semana. Para situaciones que no constituyan emergencias, escuchará un mensaje de voz que le permitirá dejar la información sobre su situación y ser atendido al siguiente día hábil.

---

## Renovaciones

La mejor manera para obtener renovaciones de sus medicamentos para asma y alergia consiste en acudir a la farmacia donde surtió la receta original. Por lo general, confeccionaremos la receta original válida para varias renovaciones y esto quedará registrado en la farmacia. Cuando ya no se admitan más renovaciones, la farmacia se comunicará con nuestra oficina, revisaremos sus registros y autorizaremos nuevamente varias renovaciones, **siempre que usted se haya atendido regularmente en nuestros consultorios**. (Debido a la naturaleza de nuestra práctica médica, a excepción de una preparación ocasional para la tos, no se recetarán medicamentos narcóticos). Dado que no tenemos acceso a sus registros durante los fines de semana, nuestros médicos prefieren no recetar ni renovar la mayoría de los medicamentos para la tos o el dolor de cabeza en ese momento de la semana. Si necesita estos medicamentos, solicítelos durante los horarios de oficina habituales, o puede ponerse en contacto con su médico de cabecera.

---

## Atención de seguimiento

**Su cumplimiento resulta fundamental para el éxito de su programa de alergia.** El especialista en alergias le indicará cuándo deberá regresar para analizar su progreso. De ser posible, debe programar su nueva visita al momento de retirarse. Según su caso en particular, se le podría pedir que regrese en un plazo que oscila entre 2 semanas y 12 meses.

Si está enfermo, en lugar de presentarse sin una cita, comuníquese primero con nuestra oficina y analice su situación con los enfermeros de guardia. Los enfermeros tal vez le soliciten que acuda al consultorio para recibir la atención de un médico o un asistente médico. Recuerde que nuestros médicos prefieren no recetar antibióticos sin haber examinado primero a los pacientes.

---

Le agradecemos que cumpla con estas pautas y nos ayude a lograr nuestro objetivo de ofrecerle la mejor atención médica disponible para su asma o alergias.

Atentamente,

Médicos y personal de CAAC

Anexo(s)



Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

N.º de historia clínica: \_\_\_\_\_

<b>Información del paciente</b>	Raza		Etnicidad		Lenguaje de preferencia	
	Sr.		Sra.		Srta.	Dr.
	Nombre		Inicial 2º nom.		Apellido	
Dirección				Correo electrónico		
Dirección postal						
Código postal			Ciudad		Estado	
Teléfono				Fecha de nacimiento		
N.º de seguro social		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Estado civil		
Ocupación:						
<b>Empleador</b>				N.º de teléfono del empleador		
Dirección						
Código postal			Ciudad		Estado	
<b>Médico de cabecera</b>						
Dirección						
Código postal			Ciudad		Estado	
<b>Médico referente</b>						
Dirección						
Código postal			Ciudad		Estado	
<b>PERSONA RESPONSABLE</b>	Sr.		Sra.		Srta.	Dr.
	Nombre		Inicial 2º nom.		Apellido	
Dirección						
Dirección postal						
Código postal			Ciudad		Estado	
Teléfono	Domicilio		Trabajo		N.º de seguro social	
<b>Empleador</b>				N.º de teléfono del empleador		
Dirección						
Código postal			Ciudad		Estado	
Relación con el paciente						

(Sigue en la otra página)

<b>Información del seguro médico</b>	Nombre de la persona asegurada	Nombre	Inicial 2° nom.	Apellido	Fecha de nacimiento
Aseguradora principal					
Dirección postal					
Código postal	Ciudad			Estado	
N.º de póliza	N.º de grupo			Plan	
<b>Información del seguro médico</b>	Nombre de la persona asegurada	Nombre	Inicial 2° nom.	Apellido	Fecha de nacimiento
Aseguradora SECUNDARIA					
Dirección postal					
Código postal	Ciudad			Estado	
N.º de póliza	N.º de grupo			Plan	
<b>NOTIFICACIÓN A FAMILIARES CERCANOS EN CASO DE EMERGENCIA (si la persona no vive con sus padres)</b>					
Nombre					
Dirección					
Código postal	Ciudad			Estado	
Teléfono	Domicilio	Trabajo			
<b>PADRES DE HIJOS MENORES DE EDAD QUE NO FIGURAN COMO PERSONAS RESPONSABLES</b>					
Nombre				Madre	<input type="checkbox"/>
				Padre	<input type="checkbox"/>
Dirección					
Código postal	Ciudad			Estado	
Teléfono	Domicilio	Trabajo			
¿Cómo nos conoció?					
<input type="checkbox"/> Amigos	<input type="checkbox"/> Familiares	<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Anuncios	<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Otros
<b>AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN A LA COMPAÑÍA ASEGURADORA</b>					

“Autorizo a que se divulgue la información clínica necesaria a fin de procesar mi reclamación de seguro médico”.

Firmado: Persona responsable \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



## INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA CONSENTIMIENTO DE USO Y DIVULGACIÓN

### Uso y divulgación de la información médica protegida

Su información médica protegida será utilizada por Carolina Asthma and Allergy Center o se divulgará conforme a las pautas federales a fin de brindar tratamiento o recibir pagos, así como para respaldar las actividades diarias relacionadas con el cuidado de la salud en la práctica médica. Carolina Asthma & Allergy Center se desempeñará conforme a su Política de privacidad.

### Notificación sobre las prácticas de privacidad

Debe analizar esta notificación para obtener una descripción más completa de la forma en que podrá usarse o divulgarse su información médica protegida. Tal vez desee revisar la notificación antes de firmar este consentimiento.

### Solicitar una restricción en cuanto al uso y la divulgación de la información médica protegida

Posiblemente desee solicitar este tipo de restricción. Carolina Asthma and Allergy Center podrá acatar o no la restricción. Si Carolina Asthma and Allergy Center acepta cumplir con su solicitud, la restricción será vinculante para la práctica médica. El uso o divulgación de información médica protegida se considerará como incumplimiento de las normas federales de privacidad cuando se infrinja una restricción acordada previamente.

### Reserva del derecho a modificar las prácticas de privacidad

Carolina Asthma and Allergy Center se reserva el derecho a modificar las prácticas de privacidad que se describen en la notificación.

---

***“He revisado este formulario de autorización y autorizo a Carolina Asthma and Allergy Center a usar y divulgar mi información médica conforme al presente documento”.***

Nombre del paciente (en letra de imprenta / de molde)	Firma del paciente	Fecha de la firma
Firma del representante del paciente	Relación entre el representante y el paciente	

## INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

### Autorización para divulgación/intercambio de información

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ está autorizado para revelar información de salud protegida acerca del paciente nombrado anteriormente a las entidades nombradas a continuación. El propósito es informar al paciente o a otros al seguir las instrucciones del paciente.

Entidad receptora de la información Verifique cada persona/entidad que apruebe para recibir la información	Descripción de información que se revelará Verifique cada ítem a la izquierda en la misma sección que se pueda darse a la persona/entidad
<input type="checkbox"/> Correo de voz	<input type="checkbox"/> Resultados de pruebas de laboratorio/radiografías u <input type="checkbox"/> Otra _____
<input type="checkbox"/> Cónyuge (proporcionar el nombre y el número telefónico) _____	<input type="checkbox"/> Financiera <input type="checkbox"/> Médica como se indica: _____ _____
<input type="checkbox"/> Padres (proporcionar el nombre y el número telefónico) _____	<input type="checkbox"/> Financiera <input type="checkbox"/> Médica como se indica: _____ _____
<input type="checkbox"/> Otros (proporcionar el nombre y el número telefónico) _____	<input type="checkbox"/> Financiera <input type="checkbox"/> Médica como se indica: _____ _____

### Información del paciente

Estoy consciente de que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento y que tengo derecho a inspeccionar o a copiar la información de salud protegida a ser divulgada tal como se describe en este documento. Estoy consciente de que la revocación no es válida en casos en los cuales la información ya ha sido divulgada pero será válida en adelante.

Estoy consciente de que la información utilizada o divulgada como resultado de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del receptor y puede ya no estar protegida por la ley federal o estatal.

*Estoy consciente de que tengo derecho a rehusarme a firmar esta autorización y de que esta autorización estará en vigencia hasta que sea revocada por el paciente.*

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

Descripción de la autoridad del representante personal (adjunte la documentación necesaria)

\_\_\_\_\_

## PRE-VISIT QUESTIONNAIRE

In an attempt to serve you in a timely fashion, we are furnishing you with this questionnaire with the request that you complete this information prior to your scheduled visit. We look forward to seeing you.

## CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA

En un intento por brindar servicios de manera oportuna, le solicitamos que complete este cuestionario que le suministramos antes de acudir a su visita programada. Esperamos verlo pronto.

Your Name ♦ Nombre	Date of Visit ♦ Fecha de su visita
Date of Birth ♦ Fecha de nacimiento	Acct.# to be filled-in by staff ♦ N.º de registro - para el personal

### Current Medications and/or Supplements (e.g., vitamins) ♦ Medicamentos actuales y/o suplementos (p. ej., vitaminas)

(Please list all medicines you are currently taking for any reason) ♦ (Sírvase enumerar todos los medicamentos que toma actualmente por cualquier motivo)

Name of Medicine Nombre del medicamento	Dose Dosis	How often are you taking? Frecuencia	Name of Medicine Nombre del medicamento	Dose Dosis	How often are you taking? Frecuencia

Please document any medicines to which you are allergic and the type of reaction (e.g., rash) ♦ Sírvase enumerar todos los medicamentos que le provocan alergias y el tipo de reacción (p. ej., erupción cutánea)

---



---

Other Medical Conditions ♦ Otros problemas de salud

---



---

## Past Allergy History ♦ Antecedentes de alergias

Have you seen an allergist in the past for your symptoms? ¿Ha acudido a un especialista en alergias debido a sus síntomas? Yes Sí  No No

If yes: Doctor's Name Si acudió: Nombre del médico \_\_\_\_\_

When? ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

Did you have skin testing? ♦ ¿Se le realizó una prueba cutánea? Yes Sí  No No

Prior diagnosis ♦ Diagnóstico anterior

Allergic Rhinitis Rinitis alérgica  Asthma Asma  Hayfever Fiebre del heno  Hives Irritación  
 Eczema Eczema  Urticaria Urticaria  Insect sting Picaduras de insectos

Prior treatment ♦ Tratamiento anterior

None Ninguno  Prescription meds Prescripción de medicamentos  Allergy shots Inyecciones  
 Over-the-counter meds Medicamentos de venta libre  Avoidance measures Medidas especiales

## General Childhood History ♦ Antecedentes generales de la niñez:

1. Were there any complications at birth? ♦ ¿Sufrió complicaciones durante el nacimiento? No No  Yes Sí   
 If "yes" please describe sírvase describirlas
2. Childhood illnesses ♦ Enfermedades de la niñez
  - Routine illnesses Enfermedades comunes
  - Recurrent ear infections Infecciones del oído recurrentes
  - Recurrent sore throat Dolor de garganta recurrente
  - Recurrent sinus infections Sinusitis recurrente
  - Skin Rashes Erupciones cutáneas
  - Respiratory difficulty Dificultad para respirar
  - Mumps Paperas
  - Measles Sarampión
  - Chickenpox Varicela
  - Allergies Alergias
  - Asthma Asma
3. Immunizations ♦ Vacunas
  - N/A N/D
  - Current Al día
  - Not Current No están al día

## Family History

Please indicate if your family member has had any of the following:

Disease	Father	Father's		Mother	Mother's		Sister	Brother	Daughter	Son
		Mother	Father		Mother	Father				
Asthma										
Cystic Fibrosis										
Hay fever										
Eczema										
Heart disease										
Thyroid disease										
Arthritis/Lupus										
Bronchitis										
Food Allergies										
Migraine Headaches										
Diabetes										
Cancer										

## Antecedentes familiares

Sírvase indicar si algún miembro de su familia tuvo alguna de las siguientes enfermedades:

Enfermedad	Padre	Abuela paterna	Abuelo paterno	Madre	Abuela materna	Abuelo materno	Hermana	Hermano	Hija	Hijo
Asma										
Fibrosis quística										
Fiebre del heno										
Eczema										
Enfermedades cardíacas										
Enfermedades de la										
Artritis/Lupus										
Bronquitis										
Alergias alimentarias										
Migrañas o cefaleas										
Diabetes										
Cancer										

## Social History ♦ Antecedentes sociales

### Child ♦ Hijos

#### 1. Marital Status ♦ Estado civil:

- Married Casado/a  
 Single Soltero/a  
 Divorced Divorciado/a  
 Separated Separado/a  
 Widowed Viudo/a  
 N/A N/D

#### 2. Number of children ♦ Cantidad de hijos: \_\_\_\_\_

3. Do you smoke? ♦ ¿Es fumador? Yes **Sí**  No **No**  If yes **Si fuma:**  
 less than 1 pk/wk **Menos de 1 paquete/semana**  less than 1 pk/day **Menos de 1 paquete/día**  
 1-2 pks/day **1 a 2 paquetes/día**  more than 2 pks/day **Más de 2 paquetes/día**
4. How long have you smoked? ♦ ¿Hace cuánto que fuma?  
 Less than 5 yrs. **Menos de 5 años**  5-10 years **5 a 10 años**  10-20 years **10 a 20 años**  more than 20 years **Más de 20 años**
5. Have you stopped? ♦ ¿Ha dejado de fumar? Yes **Sí**  No **No**   
 If yes **Si dejó de fumar:**  this year **Este año**  1-3 years ago **Entre 1 y 3 atrás**  more than 3 years ago **Hace más de 3 años**
6. Are you exposed to secondary smoke? ♦ ¿Es fumador pasivo? Yes **Sí**  No **No**   
 If yes **Si es fumador pasivo:**  Home **En su domicilio**  Work **En su trabajo**
7. Do you chew tobacco or dip snuff? ♦ ¿Mastica tabaco o inhala tabaco en polvo?  Yes **Sí**  No **No**
8. Alcohol(wine/beer): ♦ **Alcohol (vino/cerveza):**  No **No**  
 Daily **A diario**  Occasionally **Ocasionalmente**  Weekly **Una vez por semana**
9. Days absent from school/work due to illness? ♦ ¿Cantidad de días que no asistió a la escuela o al trabajo por enfermedad?  
 0  less than 5 **Menos de 5**  5-10 **Entre 5 y 10**  10-15 **Entre 10 y 15**
10. Occupation ♦ **Ocupación:** \_\_\_\_\_  
 Are there any unusual exposures on the job? ♦ ¿Está expuesto a situaciones atípicas en su trabajo?  Yes **Sí**  No **No**  
 If yes, please describe (e.g. toxins, mold) **Si la respuesta es afirmativa, sírvase describir tales situaciones (p. ej., toxinas, moho)** \_\_\_\_\_

## Environmental History ♦ Información sobre el ambiente

Please check the appropriate boxes. (In some cases you may need to check more than one box) ♦ Por favor, marque las casillas correspondientes. (En algunos casos puede que tenga que marcar más de una casilla).

1. Home Location ♦ **Ubicación del hogar**  
 Inner City **Centro de la ciudad**  Urban(City) **Zona urbana (en la ciudad)**  Suburbs **Periferia**  
 Rural (Country) **Zona rural (en el campo)**  
 Age of home **Antigüedad de la casa** \_\_\_\_\_
2. Home Type ♦ **Tipo de hogar:**  Apartment **Apartamento**  Condo **Condominio**  House **Casa**  
 Mobile Home **Casa remolque**
3. Air Conditioning ♦ **Aire acondicionado**  None **No**  Central **Refrigeración central**  
 Window **Aire acondicionado de ventana**  Ceiling fans **Ventiladores de techo**  Window fans **Extractores**
4. Heat ♦ **Calefacción:**  Baseboard **Zócalo radiante**  Forced Air **Aire forzado**  Electric **Eléctrica**  Gas **A gas**  
 Heat pump **Bomba de calor**  Oil **A aceite**  Radiant **Radiante**  Radiator **Radiadores**  
 Space Heater **Calefactores**  Wood Stove **Estufa a leña**

5. Filters ♦ **Filtros:**  None **No**  Electrostatic **Electrostático**  Fiberglass **Fibra de vidrio**  
 Hypoallergenic **Hipoalergénico**
6. Mold ♦ **Formación de moho:**  None **No**  Baseboards **Zócalos**  Basement **Sótanos**  Bathroom **Baños**  
 Crawl Spaces **Espacios angostos**  Windows **Ventanas**
7. Bedroom Floor ♦ **Piso del dormitorio:**  
 Area rug **Alfombras individuales**  Cement **Hormigón**  
 Full carpet Pile **Alfombra en toda la habitación:**  Low **Grosor de la alfombra**  Med **Pelo corto Intermedio**  
 High **Pelo largo**  with pad **Con relleno**  no pad **Sin relleno**  
 Hardwood **Madera**  Linoleum **Linóleo**  Tile **Baldosas**
8. Bedroom Windows ♦ **Ventanas del dormitorio:**  Bare **Descubiertas**  
**Curtains Con cortinas:**  washable **lavables**  non washable **no lavables**  
 Miniblinds **Persianas americanas**  Roll-up blinds **Persianas enrollables**  Shades **Paneles**  
 Plantation/Wooden blinds **Persianas de madera/Celosías**
9. Mattress ♦ **Colchón:**  Old **Antiguo**  New **Nuevo**  Crib **De cuna**  Foam **Gomaespuma**  
 Inner spring **Resortes**  Waterbed **Agua**  Encased **Con funda**  Not Encased **Sin funda**
10. Pillows ♦ **Almohadas:**  Dacron **Dacrón**  Feather **Plumas**  Foam **Gomaespuma**  None **Ninguna**  
 Encased **Con funda**  Not Encased **Sin funda**
11. Objects in bedroom ♦ **Objetos en el dormitorio:**  
 Cluttered **Desordenados**  Somewhat cluttered **Un poco desordenados**  Uncluttered **Ordenados**
12. Pets ♦ **Mascotas:**  Cats **Gatos**  Dogs **Perros**  Indoor **En el interior de la casa**  Outdoor **Fuera de la casa**  
**Other animals ♦ Otros animales:**  Bird **Aves**  Hamster **Hámsteres**  Horse **Caballos**  Gerbil **Jerbos**  
 Rabbit **Conejos**  Farm Animals **Animales de granja**  Indoor **En el interior de la casa**  
 Outdoor **Fuera de la casa**
13. Hobbies/Sports ♦ **Pasatiempos/Deportes:**  None **No**  Indoor **En interiores**  Outdoor **Al aire libre**

\_\_\_\_\_  
 Physician's Signature

\_\_\_\_\_  
 Date

## Instrucciones especiales para medicamentos

Muchos medicamentos interfieren con las pruebas cutáneas. A continuación hay una lista de los medicamentos que debe evitar antes de la realización de pruebas. (Nunca suspenda los medicamentos sin primero verificar con el médico que confecciona las recetas.)

Una semana antes de su cita para realizarse una prueba cutánea:



(Consulte con el médico que confecciona sus recetas para obtener más información sobre los antihistamínicos).

No tome antihistamínicos como: **Alavert**, **Allegra** (*fexofenadina*), **Clarinox**, **Claritin** (*loratadina*), **Dallergy**, **Xyzal** (*levocetirizina*) y **Zyrtec** (*cetirizina*). También tendrá que dejar de aplicarse los aerosoles nasales **Astelin** (*azelastina*), **Astepro** y **Patanase**.

Si está tomando **doxepina**, también tendrá que discontinuar su uso siete días antes de las pruebas cutáneas.



No tome antihistamínicos como: **Actifed**, **Aerohist**, **AlleRx**, **Arbinoxa** (*carbinoxamina*), **Atarax**, **Chlor-Trimeton** (*clorfeniramina*), **Dimetapp** (*bromfeniramina*), *hidroxizina*, **Palgic** (*maleato de carbinoxamina*), **Phenergan** (*prometazina*), **QDall**, **Tavist** (*clemastina*), **Tussionex** y **Vistaril**.

Si no puede tolerar sus síntomas, puede tomar **Benadryl** (*difenhidramina*) hasta tres (3) días antes de su visita.



Suspenda cualquier gota para ojos que contenga antihistamínicos como por ejemplo **Alaway** (*fumarato de ketotifeno*), **Bepreve** (*bepotastina besilato*), **Claritin Eye** (*ketotifeno*), **Elestat** (*epinastina HCl*), **Emadine** (*difumarato de emedastina*), **Lastacaft** (*alcaftadina*), **Naphcon-A** (*nafazolina HCl*), **Optivar** (*azelastina HCl*), **Pataday** (*olopatadina HCl*), **Patanol** (*olopatadina HCl*), **Visine-A** (*nafazolina HCl*), **Zaditor** (*fumarato de ketotifeno*) y **Zyrtec Itchy Eye** (*fumarato de ketotifeno*)

Dado que existen diversos medicamentos combinados, recetados y de venta libre, que contienen antihistamínicos, sírvase verificar los ingredientes. Si necesita ayuda, también puede consultar con su farmacéutico o en nuestra oficina.

- Puede continuar aplicándose gotas oftálmicas que **no contengan antihistamínicos**.
- Puede continuar tomando medicamentos para el asma, dado que no interfieren con las pruebas.
- Sírvase llevar todos los medicamentos (incluso los medicamentos de venta libre y las vitaminas) a su cita médica.
- Para su comodidad y para evitar demoras, le sugerimos completar previamente los formularios para pacientes nuevos. Visite nuestro sitio web [carolinaasthma.com](http://carolinaasthma.com) para obtener los documentos para pacientes nuevos que deberá completar, al igual que las instrucciones sobre cómo llegar a nuestras oficinas.
- Le pedimos que llegue a su cita con 20 minutos de anticipación, como mínimo. No olvide traer la tarjeta de su seguro médico y recuerde que deberá abonar el monto del copago al momento de registrarse.
- Disponga de hasta tres (3) horas para su cita inicial.

Esperamos verlo pronto. Si cree que no podrá acudir a su cita, comuníquese con nuestro departamento de programación de citas al **704-372-7900** o envíe un correo electrónico a [appointments@carolinaasthma.com](mailto:appointments@carolinaasthma.com) con 24 horas de anticipación, como mínimo, para evitar el cargo de \$25 por faltar a la cita.

Gracias.

El equipo de Carolina Asthma and Allergy Center

## Solicitudes de historias clínicas y Política para completar formularios de pacientes

La legislación del Estado de Carolina del Norte estipula que los proveedores deberán suministrar a los pacientes una copia de su historia clínica dentro de un plazo de 30 días a partir de la recepción del pedido inicial. Además, el proveedor está autorizado a cobrar un honorario razonable por los gastos de copiado y envío por correo.

Carolina Asthma & Allergy Center completará los formularios médicos de sus pacientes de la siguiente forma:

### Formularios escolares y solicitudes de pruebas de la piel o laboratorios

1. **No se cobrarán honorarios** por:
  - a) Completar formularios escolares, como formularios médicos o certificados de salud universitarios.
  - b) Pruebas de la piel y laboratorios se le darán al paciente de forma gratuita.
2. **Antes de su visita**, deberá entregar su formulario al personal de la Recepción. El documento será completado y el personal médico se lo entregará en la misma visita.
3. Carolina Asthma & Allergy hará todo lo posible para enviarle su información en la forma que usted solicite, siempre y cuando el medio elegido sea seguro. Por razones de seguridad, no enviaremos copias de historias clínicas por correo electrónico o fax. Las peticiones por fax únicamente se enviarán a un remitente designado. Nuestra política no contempla el envío de historias clínicas por correo electrónico.

### Reclamaciones de seguros de vida, formularios de discapacidad, peticiones de abogados, formularios para licencias médicas y familiares (FMLA, Family Medical Leave of Absence) y solicitudes de historia clínica

Las historias clínicas y/o los demás formularios que se soliciten serán completados y enviados luego de que el paciente pague los siguientes honorarios:

**Conforme al Estatuto General de Carolina del Norte N.º 90, Carolina Asthma & Allergy exige el pago de los siguientes montos. Los honorarios máximos para cada solicitud serán los siguientes:**

- Setenta y cinco centavos (75 ¢) por página, por las primeras 25 páginas.
- Cincuenta centavos (50 ¢) por página, desde la página 26 a la página 100.
- Veinticinco centavos (25 ¢) por página, a partir de la página 100.

### Formularios recibidos por correo o entregados en nuestra oficina

Carolina Asthma & Allergy Center hará todo lo posible para completar y devolver estos formularios a los pacientes o sus padres en un plazo de quince (15) a treinta (30) días hábiles.



## Autorización para pagarle al médico

Autorizo y pido el pago directo a mi médico de servicios médicos o servicios médicos principales. Esta autorización cubrirá todos los servicios médicos prestados hasta que esta oficina reciba una notificación por escrito para su cancelación.

Entiendo que la cantidad que mi seguro médico le pagará a mi proveedor por cargos específicos podría cambiar y las cantidades que me pidan cuando termine mi cita o las cantidades que aparezcan en mi recibo o cuentas son solamente estimados. Por lo tanto, al recibir el cálculo final y el pago de mi compañía aseguradora, tal vez se requiera un pago adicional de mi parte para saldar los gastos.

Comprendo que soy responsable financieramente por los cargos que no estén cubiertos o no sean pagados por mi seguro médico.

---

Firma (Paciente o representante)

Fecha

## Autorización para divulgar información a la compañía aseguradora

“Autorizo a que se divulgue la información clínica necesaria a fin de procesar mis reclamaciones de seguro médico”.

---

Firma (Persona responsable)

Fecha

## POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegir Carolina Asthma and Allergy Center (CAAC) para sus necesidades de atención médica. CAAC se compromete a ofrecerle atención médica de máxima calidad y con costos accesibles. Para lograr nuestro objetivo de brindarle la mejor atención y mantener una sólida situación financiera, trabajaremos con usted para asegurarnos de que conozca nuestras políticas financieras y sus posibles responsabilidades de pago. Del mismo modo, deseamos garantizar la implementación y el cumplimiento de esta política financiera. Las siguientes declaraciones representan nuestra política financiera:

### Identificación

Para protección de nuestros pacientes y a fin de disminuir la cantidad de casos de robo de identidad médica, todos los pacientes deberán presentar una tarjeta de identificación del seguro válida y su licencia de conducir al momento de recibir el servicio. Si no dispone de su licencia de conducir, deberá presentar una identificación válida con foto.

### Seguro y verificación de seguro

En nuestro sitio web, CAAC proporciona una lista de aseguradoras con las cuales participamos. Si su aseguradora no figura en la lista, le recomendamos que se comunique directamente con ellos para confirmar si CAAC ha sido incluido como proveedor participante. Nuestros empleados harán todo lo posible para informar a todos nuestros pacientes antes de su visita en caso de que CAAC no haya sido incluido por su aseguradora. Sin embargo, la responsabilidad final recae en el paciente.

A veces es difícil para nosotros determinar qué servicios estarán cubiertos, en vista de que la cobertura de beneficios varía de un plan a otro. Las compañías aseguradoras tienen la última palabra en cuanto a todas las decisiones de cobertura, y pueden determinar que ciertos servicios no cumplen con los requisitos de cobertura debido a las pautas de las políticas médicas y las exclusiones que figuran en sus planes correspondientes. Por lo tanto, los pacientes deberán abonar los servicios que no estén cubiertos por su aseguradora. La verificación de beneficios no es una garantía de pago. CAAC no presenta reclamaciones a pagadores terciarios (terceros).

### Aseguradora no incluida

En caso de que CAAC no haya sido incluido por su aseguradora, presentaremos la reclamación en su seguro como un gesto de cortesía para usted. Usted será responsable por la diferencia entre su pago asegurado y nuestros cargos facturados. En caso de que su compañía aseguradora le abone los gastos directamente a usted, usted se compromete a enviar el pago total junto con una copia de la explicación de prestaciones (EOB, Explanation of Benefits) en un plazo de 10 días a partir de la recepción del pago de su seguro.

### Pacientes que pagan por su cuenta y de deducible alto

Los pacientes que pagan por su cuenta son responsables de todos los gastos incurridos en CAAC y deberán abonar la totalidad del monto al momento de recibir el servicio. Si no puede pagar la totalidad en el momento de la prestación del servicio, existen opciones que se pueden debatir. Prestamos servicios a CareCredit, una tarjeta de crédito de cuidados de salud. Los arreglos de pago pueden ser una opción cuando se proporciona una aprobación previa al servicio.

## En caso de no poder acudir a una cita

CAAC dispone de una lista de espera para las citas, especialmente durante la temporada de alergias, por lo que les solicita a todos los pacientes que sean considerados con los demás cuando necesiten cancelar o reprogramar una cita. Se aplicará un cargo de \$25 por faltar a la cita a todos los pacientes, a no ser que la cita haya sido cancelada o reprogramada con por lo menos 24 horas de anticipación. Para su comodidad, puede notificarnos llamando a nuestra oficina al 704-372-7900 o a través del correo electrónico a [scheduling@carolinaasthma.com](mailto:scheduling@carolinaasthma.com).

## Opciones de pago

Como gesto de cortesía para nuestros pacientes, aceptamos cheques personales, tarjetas de crédito, dinero en efectivo o giros de dinero. Los pagos pueden realizarse en línea a través de nuestro sitio web [www.carolinaasthma.com](http://www.carolinaasthma.com), por correo, en persona en cualquiera de nuestras oficinas CAAC o llamando a nuestra oficina al 704-372-7900.

## Deudas incobrables o agencias de cobro externas

Los pacientes con saldos morosos impagos o saldos enviados a una agencia de cobro deberán hacer los arreglos necesarios o saldar el monto adeudado antes de recibir servicios en el futuro. Los saldos que no podamos cobrar tras efectuar los procedimientos de cobro internos podrían ser derivados a una agencia de cobro externa y el paciente será responsable de abonar los honorarios de dicha agencia. El paciente también será responsable de pagar todos los gastos relacionados con fondos insuficientes (NSF, Non Sufficient Funds). CAAC se reserva el derecho de retirar o denegar prestaciones a sus pacientes por falta de pago de los servicios.

## Reembolsos

CAAC hará todo lo posible para reintegrarle los pagos en exceso a la parte correspondiente en un plazo de 30 días. Los reembolsos a pacientes no serán procesados hasta que se hayan saldado completamente todas las cuentas activas o vencidas e impagas que estén relacionadas con la atención de los pacientes o sus familiares a cargo. Los reembolsos de menos de USD\$ 3.00 no se enviarán a los pacientes a menos que se solicite de manera específica.

Por el presente, declaro que he leído y acepto cumplir con la política financiera que se describe más arriba.

\_\_\_\_\_  
*Firma del paciente o la persona responsable*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*