

**Sapphire Family Practice**  
1921 Medical Ave.  
Harrisonburg VA, 22801  
Teléfono: (540) 217-4455  
Número de fax: (540) 217-5169



Michelle Seekford, DNP FNP-C  
Sheila Higdon, FNP-C  
Tracy Seefried, FNP-C

Seguro para pacientes nuevo    Seguro    Autopago establecido del paciente    Auto Pago

### Información para el paciente

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Edad: \_\_\_\_\_  
Sexo:    F    M    Otro : \_\_\_\_\_  
La raza: \_\_\_\_\_      Etnia: \_\_\_\_\_  
Seguro Social #: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

#### Dirección:

Calle: \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
Expresar: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

#### Información de contacto:

Teléfono de Casa: (    ) \_\_\_\_\_ Teléfono de celular: (    ) \_\_\_\_\_  
Teléfono del trabajo: (    ) \_\_\_\_\_ Preferido: Celular    Casa    Trabajo  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Información para padres/tutores/garantes

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Edad: \_\_\_\_\_  
Sexo:    F    M    Otro : \_\_\_\_\_  
La raza: \_\_\_\_\_      Etnia: \_\_\_\_\_  
Seguro Social #: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

#### Dirección:

Calle: \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
Expresar: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

#### Información de contacto:

Teléfono de Casa: (    ) \_\_\_\_\_ Teléfono de celular: (    ) \_\_\_\_\_  
Teléfono del trabajo: (    ) \_\_\_\_\_ Preferido: Celular    Casa    Trabajo  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

#### Relación con el paciente:

Padre/Madre      El Guardián      Cónyuge      Empleador

Al firmar este formulario de consentimiento, reconozco que he leído, entiendo, consentido voluntariamente y autorizo lo siguiente: Autorización para el tratamiento: La administración y el

**Sapphire Family Practice**  
1921 Medical Ave.  
Harrisonburg VA, 22801  
Teléfono: (540) 217-4455  
Número de fax: (540) 217-5169



Michelle Seekford, DNP FNP-C  
Sheila Higdon, FNP-C  
Tracy Seefried, FNP-C

costo de todos los procedimientos médicos y quirúrgicos, radiografías y medicamentos para mí y para mis dependientes.

**Garantía de pago:**

\_\_\_\_\_ **Autopago:** Elijo pagar por todos los servicios prestados en su totalidad hoy. Entiendo que

\_\_\_\_\_ **iniciales** mi seguro NO será facturado por Sapphire Family Practice.

\_\_\_\_\_ **Seguro:** Asignación de Beneficios: Autorizo el pago directamente a Sapphire Family Practice (SFP) para todos los beneficios que de otro modo me serían pagaderos.

\_\_\_\_\_ **Iniciales** También reconozco que SFP presentará mi factura a mi compañía de seguros como cortesía; sin embargo, soy en última instancia responsable de todos los cargos incurridos. Estoy de acuerdo en que pagaré mi saldo hoy en función de la mejor información disponible de mi póliza y contrato actual de SFP con mi compañía de seguros. Entiendo que esto es sólo un estimado, y mi visita se procesa con mi compañía de seguros, se me facturará por cualquier saldo pendiente y/o reembolsado por cualquier crédito adeudado a o por mí. Mientras que SFP hace que todo esfuerzo para verificar mi información correcta del seguro antes de partir, entiendo que SFP no puede garantizar la exactitud de mi factura hasta que haya sido completamente procesada por mi seguro y que en última instancia soy responsable de todos los cargos incurridos. También reconozco que soy responsable para todos y cada uno de los honorarios de abogados, costos judiciales y cualquier otro costo asociado con el cobro de impago.

**Divulgación de registros médicos:**

Autorizo a Sapphire Family Practice (SFP) a divulgar información médica confidencial verbal, electrónica y/o por escrito a cualquier persona o entidad, incluida mi compañía de seguros, empleador (si el tratamiento está relacionado con el empleo), miembro(s) de la familia inmediata y/u otro(s) proveedor(es) de atención médica con el propósito de tratamiento, pago de cargos, garantía de calidad y revisión de utilización, transferencia y procedimientos de seguimiento. Entiendo que si decido no divulgar mi registro médico a una entidad / persona específica, debo declararlo específicamente por escrito para que se mantenga en mi registro médico.

**Recepción de prácticas de privacidad:** Al firmar este formulario de consentimiento, reconozco que una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Sapphire Family Practice está disponible para mí a pedido. Entiendo que una copia de este formulario de consentimiento puede ser utilizada con la misma efectividad que el original.

**Consentimiento para notificaciones de citas de texto / voz:** Al firmar este formulario de consentimiento, reconozco que Sapphire Family Practice y su sistema de EHR Practice Fusion me enviarán mensajes de texto o me llamarán de la próxima manera. Es posible que se apliquen tarifas de mensajes y datos y reconozco que puedo optar por no participar en cualquier momento.

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

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

1921 Medical Ave.  
Harrisonburg, VA 22801  
Teléfono #: (540) 217-4455  
Número de fax: (540) 217-5169



Sheila Higdon, FNP-C  
Tracy Seefried, FNP-C  
Michelle Seekford, DNP, FNP-C

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

## Nuevo Paciente Clínico Questionario

\* Le pedimos que limite sus problemas de salud a 3 o menos para su primera visita, ya que queremos asegurarnos de que tenemos el tiempo adecuado para establecer una buena relación de paciente a proveedor y brindarle la atención que necesita. Siempre podemos programar otro appt. para cualquier inquietud adicional que pueda tener.

Le agradecemos su cooperación y estamos felices de que haya elegido Sapphire Family Practice como su PCP

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número(s) de teléfono: Incluya el código de área.

Celular: \_\_\_\_\_

Casa: \_\_\_\_\_

Trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico (para invitación al portal del paciente): \_\_\_\_\_

Farmacia preferida (y ubicación): \_\_\_\_\_

Proveedor anterior (PCP) y clínica/ubicación: \_\_\_\_\_

Condiciones de salud actuales o diagnósticos: \_\_\_\_\_

Motivo de la visita de hoy (preguntas, problemas de salud, etc.): \_\_\_\_\_

1921 Medical Ave.  
Harrisonburg, VA 22801  
Teléfono #: (540) 217-4455  
Número de fax: (540) 217-5169



Sheila Higdon, FNP-C  
Tracy Seefried, FNP-C  
Michelle Seekford, DNP, FNP-C

**SAPPHIRE**  
FAMILY PRACTICE

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Medicamentos**

(por favor, incluya todas las recetas, medicamentos de venta libre y vitaminas / suplementos, incluso si son solo según sea necesario)

Nombre y dosis del medicamento (mg, mcg, mL, unidad, etc.)	¿Cuántos? (# de tabletas, cápsulas, etc.)	Frecuencia ¿Cuántas veces al día tomas esto?

**Alergias**

(Medicamentos, alimentos y medio ambiente)

Alergias	Reacción

1921 Medical Ave.  
 Harrisonburg, VA 22801  
 Teléfono #: (540) 217-4455  
 Número de fax: (540) 217-5169



Sheila Higdon, FNP-C  
 Tracy Seefried, FNP-C  
 Michelle Seekford, DNP, FNP-C

**SAPPHIRE**  
 FAMILY PRACTICE

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Historia social

Por favor, rodee su respuesta a continuación.

<b>Estado civil</b>	Soltero	Casado	Separado	Divorciado	Viudo
<b>Niños</b>	<b>Sí</b>		<b>No</b>		
	En caso afirmativo, ¿cuántos? _____				
<b>Situación laboral</b>	Desempleados	Desempleados	Jubilados	Jubilados	
	Empleador: _____				
	Cargo: _____				

### Equipo de atención

Haga una lista de todos los demás proveedores que vea (especialistas, dentista, oftalmólogo, etc.)

Nombre de los proveedores	Especialidad

1921 Medical Ave.  
Harrisonburg, VA 22801  
Teléfono #: (540) 217-4455  
Número de fax: (540) 217-5169



**SAPPHIRE**  
FAMILY PRACTICE

Sheila Higdon, FNP-C  
Tracy Seefried, FNP-C  
Michelle Seekford, DNP, FNP-C

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Historia familiar

Miembro de la familia	¿Living?	Condiciones médicas/problemas de salud
Madre		
Padre		
Hermano(s)		
Abuela materna		
Abuelo materno		
Abuela paterna		
Abuelo paterno		
Otro		

### Historia quirúrgica

Procedimiento/Cirugía	Proveedor/Instalación	Fecha

1921 Medical Ave.  
Harrisonburg, VA 22801  
Teléfono #: (540) 217-4455  
Número de fax: (540) 217-5169



Sheila Higdon, FNP-C  
Tracy Seefried, FNP-C  
Michelle Seekford, DNP, FNP-C

**SAPPHIRE**  
FAMILY PRACTICE


Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Cuestionario sobre el consumo de alcohol, tabaco, nicotina y drogas

<b>¿Fumas cigarrillos/puros?</b>	<b>Sí</b> <b>No</b>
	En caso afirmativo, ¿cuántos cigarrillos por día? _____
	¿Ex fumador? _____
	¿Vape o cigarrillo electrónico? _____
<b>¿Consumes tabaco sin humo?</b> (Tabaco de mascar o tabaco de mascar)	<b>Sí</b> <b>No</b>
	En caso afirmativo, ¿cuánto por día? _____
<b>¿Algún otro consumo de drogas?</b> (Marihuana, cocaína, heroína, opioides, etc.)	<b>Sí</b> <b>No</b>
	En caso afirmativo, ¿qué y con qué frecuencia? _____ _____

1921 Medical Ave.  
 Harrisonburg, VA 22801  
 Teléfono #: (540) 217-4455  
 Número de fax: (540) 217-5169



Sheila Higdon, FNP-C  
 Tracy Seefried, FNP-C  
 Michelle Seekford, DNP, FNP-C

**SAPPHIRE**  
 FAMILY PRACTICE

<b>¿Bebes alcohol?</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
	<b>¿Con qué frecuencia?</b>	
	_____ Nunca	
	_____ Mensual o menos	
_____ 2-4 veces al mes		
_____ 2-3 veces a la semana		
_____ 4 o más veces a la semana		
<b>¿Cuántas bebidas tomas en un día?</b>		
_____ 0		
_____ 1 o 2		
_____ 3 o 4		
_____ 5 o 6		
_____ 7 o 9		
_____ 10 o más		
<b>¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas en 1 ocasión?</b>		
_____ Nunca		
_____ Menos de una vez al mes		
_____ Mensual o menos		
_____ Semanal		
_____ Diario o casi diario		

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**↓ ESTA PÁGINA ES SOLO PARA PERSONAL DE ENFERMERÍA ↓**

**Vitales**

Altura	Peso	BP	Pulso	O2	O	Temp	Dolor (si procede)



1921 Medical Ave.  
Harrisonburg, VA 22801  
Teléfono #: (540) 217-4455  
Número de fax: (540) 217-5169



Sheila Higdon, FNP-C  
Tracy Seefried, FNP-C  
Michelle Seekford, DNP, FNP-C

Proveedor @ Sapphire Family Practice: \_\_\_\_\_

Notas de enfermería:

---

---

---

---

---

---

---

Iniciales y credenciales de la enfermera: \_\_\_\_\_

**Sapphire Family Practice**  
1921 Medical Ave.  
Harrisonburg, VA 22801  
Teléfono: (540) 217-4455  
Número de fax: (540) 217-5169

Michelle Seekford, DNP FNP-C  
Sheila Higdon, FNP-C  
Tracy Seefried, FNP-C

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Seguro Social #: \_\_\_\_\_

## Política financiera

En Sapphire Family Practice, estamos comprometidos a brindarle la mejor atención posible. Ayúdenos a servirle permitiéndonos centrarnos en la atención al paciente y reduciendo el número de facturas que debemos enviarle.

### El pago se espera en el momento del servicio

Se le pedirá que pague su copago, deducible y cualquier saldo facturado pendiente en el momento de su cita. Por favor, llegue preparado para ocuparse de estos asuntos financieros. Sapphire Family Practice acepta efectivo, cheques personales, VISA y MasterCard.

### Autopago/Fuera de la red

Nos damos cuenta de que hay muchas opciones de seguro y que Sapphire Family Practice puede no participar con su plan en particular. Nos complace verlo y presentar por cortesía su reclamo de seguro. Sin embargo, se espera que los pacientes que pagan por sí mismos y fuera de la red paguen su factura en el momento del servicio. Si bien tratamos de obtener todos los cargos médicos antes de la salida, puede haber correcciones a su estado de cuenta cuando el proveedor finalice las notas médicas. Si hay un saldo pendiente después de la fecha de pago del servicio, se le facturará esta cantidad. Si pagó de más, se le reembolsará en consecuencia. Se le preguntará antes del servicio cómo pagará su visita.

### Seguro

Consulte con su compañía de seguros antes de hacer su cita para que esté familiarizado con sus beneficios y sus responsabilidades.

Su plan de seguro es un contrato **entre usted y el proveedor de seguros**. Nos complace presentar sus reclamos si participamos con su seguro, pero comprenda que cada plan es diferente, y no sabremos todo sobre su cobertura única de su tarjeta de seguro o verificación de seguro.

\_\_\_\_\_ Tenga en cuenta que la **cobertura del seguro no es una garantía de pago**.

El

**iniciales** paciente, el tutor o los garantes son en última instancia responsables del pago de los servicios prestados.

Hay muchas razones por las que su seguro puede no pagar por un reclamo:

- No ha cumplido con su deducible anual
- No ha recibido la referencia o autorización previa adecuada para esta visita o procedimiento

**Sapphire Family Practice**  
1921 Medical Ave.  
Harrisonburg, VA 22801  
Teléfono: (540) 217-4455  
Número de fax: (540) 217-5169

Michelle Seekford, DNP FNP-C  
Sheila Higdon, FNP-C  
Tracy Seefried, FNP-C

- Es posible que algunos servicios no estén cubiertos por su plan de seguro
  - Es posible que no seamos "proveedores participantes" con su seguro
- 1.) Enviaremos su factura a nuestras compañías de seguros participantes como cortesía para usted. **Es su responsabilidad asegurarse de que tengamos información precisa de la compañía de seguros e información de facturación. Si un reclamo no tiene éxito debido a un seguro defectuoso o información de facturación, usted será responsable del saldo.** Asegúrese de que estamos al tanto de cualquier restricción que su política tenga sobre los servicios auxiliares (como requerir un laboratorio específico).

***Si no podemos verificar su seguro en el momento de su visita, o si no tiene su tarjeta de seguro con usted, el pago completo se debe realizar antes del servicio.***

- 2.) **Si su seguro tiene una póliza de copago, el copago vence en el momento del servicio.** Si tiene un deducible, puede ser responsable de todos los cargos hasta que se cumpla con el deducible. Usted también es responsable de todos y cada uno de los saldos restantes después de que su seguro haya pagado su parte.
- 3.) Si no hemos recibido el pago de su compañía de seguros dentro de los 60 días posteriores a la fecha del servicio, es posible que se espere que pague el saldo en su totalidad. Facturaremos a las compañías de seguros secundarias, como cortesía para usted, si ha proporcionado esa información EN EL MOMENTO DE SU VISITA. Tenga en cuenta que los copagos del seguro primario NO se pueden facturar a las compañías de seguros secundarias.
- 4.) Cuando reciba un estado de cuenta, tendrá **30 días** para remitir cualquier saldo adicional adeudado, a menos que se le haya extendido un acuerdo de pago. Cualquier saldo no pagado dentro de los 30 días está sujeto al 18% APR. Los saldos pendientes no pagados en su totalidad dentro de los 60 días posteriores a la factura original pueden entregarse a cobros. Si es así, el paciente / garante es responsable de todos los cargos pendientes, intereses aplicables y / o cualquier cobro / honorarios de abogados. Entendemos que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago oportuno de su saldo. Póngase en contacto con nosotros de inmediato para evitar posibles tarifas de cobro y dificultades de programación.
- 5.) Es su responsabilidad asegurarse de que tenemos una manera de contactarlo con problemas de facturación o programación. Si recibimos correo de devolución, intentaremos el número de teléfono que aparece en su archivo. Si no podemos ponernos en contacto con usted, su cuenta puede ser enviada a cobranzas.

### **Comunicaciones con usted -TCPA**

#### **Iniciales**

- 1.) Usted acepta que, para que podamos dar servicio a nuestra cuenta o cobrar cualquier cantidad que pueda adeudar, nosotros, nuestros agentes, cesionarios,

**Sapphire Family Practice**  
1921 Medical Ave.  
Harrisonburg, VA 22801  
Teléfono: (540) 217-4455  
Número de fax: (540) 217-5169

Michelle Seekford, DNP FNP-C  
Sheila Higdon, FNP-C  
Tracy Seefried, FNP-C

terceros o agentes de servicio podemos comunicarnos con usted por teléfono a cualquier número de teléfono asociado con su cuenta, incluidos los números de teléfono móvil, lo que podría resultar en cargos para usted. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados / artificiales y / o el uso de un dispositivo de marcación automática, según corresponda. Usted acepta que nosotros, nuestros agentes, cesionarios, terceros o agentes de servicio podemos, con fines de capacitación o para evaluar la calidad del servicio, escuchar y grabar conversaciones telefónicas que tenga con nosotros y / o nuestros agentes, cesionarios, terceros o agentes de servicio.

- 2.) Tarifas de cobro: si mi cuenta se asigna a una agencia de cobranza, acepto pagar todos los honorarios de la agencia de cobranza, los costos judiciales y los honorarios de abogados. Entiendo que todas las cuentas con un saldo superior a 30 días se evaluarán con un cargo por retraso del 1.5% por mes sobre el saldo mensual no pagado.

### **Cheques devueltos/Reembolsos**

- 1.) Sapphire Family Practice cobra una tarifa de \$50 **ADEMÁS DE NUESTRAS TARIFAS BANCARIAS** por cualquier cheque devuelto.
- 2.) Los créditos de paciente /garante por montos inferiores a \$5.00 se retendrán en la cuenta para ser acreditados en saldos futuros a menos que se reciba una solicitud de reembolso por escrito. Los montos de \$5.00 o más serán reembolsados automáticamente al paciente/garante.

### **Citas perdidas/cancelaciones tardías**

- 1.) Entendemos que los problemas urgentes ocurren en ocasiones y que no puede cumplir con su cita programada. Por favor, comprenda que las citas interrumpidas también representan un costo para nosotros y para otras personas que están esperando ser atendidas por el proveedor. A menos que haya una emergencia, las cancelaciones deben hacerse **UN DÍA HÁBIL COMPLETO (24 HORAS)** antes de la cita (por ejemplo, las citas del lunes deben cancelarse a más tardar el jueves por la tarde). Nos reservamos el derecho de facturarle por citas perdidas o cancelaciones tardías (no recibidas por cios de negocios un día hábil completo antes de su cita) de la siguiente manera:
  - Médico - \$50.00
  - Cosmético/Quirúrgico - \$100.00
- 2.) Los cargos por citas perdidas deben pagarse en su totalidad antes de la reprogramación. Es posible que se requiera una garantía de tarjeta de crédito para citas posteriores.

### **Formularios para otras formas de reclamos de seguro/discapacidad, etc.**

Sapphire Family Practice cobra una tarifa de \$ 20 por cada formulario suplementario que solicite que completemos por usted. Esto incluye, entre otros, seguros complementarios (como seguros de vida, AFLAC, etc.), formularios de reclamo por discapacidad a corto / largo plazo, formularios FMLA, declaraciones médicas y formularios de licencia médica. Si

**Sapphire Family Practice**

1921 Medical Ave.  
Harrisonburg, VA 22801  
Teléfono: (540) 217-4455  
Número de fax: (540) 217-5169

Michelle Seekford, DNP FNP-C  
Sheila Higdon, FNP-C  
Tracy Seefried, FNP-C

bien lamentamos tener que hacer esto, completar estos formularios requiere tiempo y materiales de nuestra oficina que no son reembolsados por su seguro. Esta tarifa debe pagarse en el momento en que se entregan los formularios. Los formularios no se pueden completar hasta que la tarifa se pague en su totalidad. Además, tenga en cuenta que legalmente tenemos 14 días para completar formularios / papeleo.

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

Nombre impreso: \_\_\_\_\_

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

**Sapphire Family Practice**  
1921 Medical Ave.  
Harrisonburg VA, 22801  
Teléfono #: (540) 217-4455  
Fax #: (540) 217-5169

Michelle Seekford, DNP FNP-C  
Sheila Higdon, FNP-C  
Tracy Seefried, FNP-C

## Divulgación para HIPPA

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

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Cómo quieres ser contactado? (marque todas las formas de contacto):  
**teléfono/correo electrónico/texto**

¿Podemos dejar un mensaje de voz?: **Si / No**

Yo, el paciente, autorizo a cualquier personal de Sapphire Family Practice a divulgar mi información médica (citas, resultados de laboratorio / radiografías, diagnósticos, tratamientos, medicamentos, cirugías, etc.) por correo postal, teléfono, fax o correo electrónico a los siguientes miembros de la familia:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

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

**Sapphire Family Practice**

1921 Medical Ave.

Harrisonburg VA, 22801

Teléfono #: (540) 217-4455

Fax #: (540) 217-5169

Michelle Seekford, DNP FNP-C

Sheila Higdon, FNP-C

Tracy Seefried, FNP-C