



Formulario de registro de pacientes

Nombre: _____ Apellido de soltera/Otro nombre: _____

Dirección física: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección postal (si es diferente): _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____ Compañía telefónica: _____ Trabajo: _____

Correo electrónico: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de Seguro Social: _____

Sexo legal	Género actual	Orientación sexual	Identidad de género		
☐ Masculino ☐ Femenina	☐ Masculino ☐ Femenina	☐ Heterosexual ☐ Bisexual ☐ Lesbiana, gay u homosexual ☐ No lo sé ☐ Otra cosa	☐ Masculino ☐ Femenina ☐ Hombre transgénero (de mujer a hombre) ☐ Mujer transgénero (de hombre a mujer) ☐ Otra		
Pronombre preferido					
☐ él ☐ Ellos	☐ Ella ☐ Otra				
RAZA (Seleccione todas las que correspondan)					
ASIÁTICO	ISLA HAWAIANA O PACÍFICA NATIVA	NEGRO O AFROAMERICANO	INDIA AMERICANA O ALASKA NATIVA	BLANCO	ELIJA NO REVELAR
☐ China/o ☐ vietnamita/o ☐ india asiática ☐ Coreana ☐ Filipina/o ☐ Japonés ☐ Otro asiático	☐ Nativo hawaiano ☐ Otra isleña del pacífico ☐ Guameño o Chamorro ☐ Samoana/o	☐ Negro o afroamericano	☐ India americana o nativa de Alaska	☐ Blanca/o	☐ Elija no revelar
ETNICIDAD					
ORIGEN HISPANA, LATINA / A O ESPAÑOL		NO ES DE ORIGEN HISPANO, LATINO O ESPAÑOL		ELIJA NO REVELAR	
☐ Mexicano ☐ Americano ☐ Chicano ☐ Puertorriqueño ☐ Cubano ☐ Origen hispano, latino/a o español ☐ Otro origen hispano, latino/a o español		☐ No es de origen hispano, latino/a ni español		☐ Elija no revelar	

Idioma principal: _____ ¿Necesita servicios de interpretación? ☐ Sí ☐ No

Farmacia primaria: _____ Farmacia secundaria: _____

Información del seguro: Complete la siguiente información del seguro y proporcione una copia de la(s) tarjeta(s) de seguro

Médico primario

☐ Igual que el paciente

Empresa de seg. _____

ID #: _____ Grp #: _____

Nombre del tomador del seg. _____

Fec. nac: _____ SSN: _____

Odontología primaria

☐ Igual que el paciente

Empresa de seg. _____

ID #: _____ Grp #: _____

Nombre del tomador del seg. _____

Fec. nac: _____ SSN: _____



Formulario de registro de pacientes

Persona responsable financieramente, si no es el paciente – por ejemplo, padre/madre de un menor:

Nombre: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Casa/Trabajo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Contacto de emergencia: _____

Estado civil	¿Es usted un veterano de EE.UU.?	¿Eres trabajador agrícola?
☐ Anulado ☐ Pareja de hecho ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Legalmente separado ☐ Nunca casado	☐ Sí ☐ No	☐ No ☐ Inmigrante ☐ Estacional
Estado laboral	Estado de vivienda	
☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐ Trabajadores por cuenta propia ☐ No empleado	¿Está sin hogar? ☐ Sí ☐ No Si no tiene hogar, ¿es usted: ☐ Vivir con otros ☐ Permanecer en un refugio ☐ en la calle ☐ Vivir en una vivienda de transición	
Estado de estudiante		
¿Es usted estudiante? ☐ Sí ☐ No		

Nombre de la persona que completa este formulario (si no es el paciente): _____

☐ Marque aquí si la persona que completa este formulario tiene autoridad legal para consentir el tratamiento del solicitante (se requiere documentación de respaldo si no es el padre o la madre del menor).

Información sobre ingresos: Marque la casilla correspondiente junto al tamaño de la familia y el rango de ingresos del hogar correspondiente en la tabla a continuación. Como centro de salud que recibe fondos federales, estamos obligados a recopilar esta información. Todas las respuestas son confidenciales.

	0-100% Umbral Federal de Pobreza				101-150% Umbral Federal de Pobreza				151 - 200% Umbral Federal de Pobreza				Más del 200% del Umbral Federal de Pobreza	
Tamaño de la familia	Rango de ingresos del hogar según el tamaño de la familia													
1	\$0	to	\$15,650		\$15,651	to	\$23,475		\$23,476	to	\$31,300		\$31,301	& over
2	\$0	to	\$21,150		\$21,151	to	\$31,725		\$31,726	to	\$42,300		\$42,301	& over
3	\$0	to	\$26,650		\$26,651	to	\$39,975		\$39,976	to	\$53,300		\$53,301	& over
4	\$0	to	\$31,320		\$31,321	to	\$48,225		\$48,226	to	\$64,300		\$64,301	& over
5	\$0	to	\$36,700		\$36,701	to	\$56,475		\$56,476	to	\$75,300		\$75,301	& over
6	\$0	to	\$42,080		\$42,081	to	\$64,725		\$64,726	to	\$86,300		\$86,301	& over

*Agregue \$5,500 por cada adicional de 6



Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____
Estatura: _____ Peso: _____ Proveedor de atención primaria anterior: _____
Otro proveedor del equipo de atención (por ejemplo, especialistas, proveedores fuera del estado, etc.): _____

Voluntades anticipadas:

	Sí	No	No lo sé
¿Cuenta usted con una declaración de voluntades anticipadas? (Si la respuesta es sí, entregue una copia)	☐	☐	☐
¿Le gustaría que el centro de salud lo ayude a redactar su declaración de voluntades anticipadas?	☐	☐	☐

Responda las siguientes preguntas lo mejor que pueda. Sus respuestas son confidenciales.

¿Ha habido algún cambio importante en su salud en el último año?

	Sí	No	No lo sé
	☐	☐	☐

Si la respuesta es sí, explique: _____

¿Tiene alguna articulación artificial, válvula cardíaca artificial, implante o prótesis?

	Sí	No	No lo sé
	☐	☐	☐

¿Se le ha realizado una cirugía o ha recibido radioterapia o quimioterapia para un tumor, una neoplasia u otra afección?

	Sí	No	No lo sé
	☐	☐	☐

Si la respuesta es sí, explique: _____

Solo para mujeres:

¿Actualmente está embarazada?

	Sí	No	No lo sé
	☐	☐	☐

Si la respuesta es sí, escriba la fecha del parto: _____

¿Actualmente está amamantando?

	Sí	No
	☐	☐

Antecedentes de salud: ¿Actualmente presenta alguna de las siguientes afecciones o ha tenido alguna?
(Marque todas las opciones que correspondan)

- | | |
|---|--|
| ☐ Adicción | ☐ Nivel alto de colesterol |
| ☐ Ansiedad/trastorno de angustia/PTSD | ☐ Convulsiones |
| ☐ Artritis | ☐ Problemas en las articulaciones |
| ☐ Asma o falta de aliento | ☐ Hernia |
| ☐ Problemas de espalda o en el cuello | ☐ Problemas ginecológicos |
| ☐ Enfermedades de la sangre o anemia | ☐ Pérdida de la audición/zumbido en los oídos |
| ☐ Enfermedad intestinal o úlceras | ☐ Enfermedad cardíaca o dolor en el pecho |
| ☐ Mareos | ☐ Presión arterial alta |
| ☐ Desmayos | ☐ Problema de la próstata |
| ☐ Dolores de cabeza | ☐ Enfermedad hepática o hepatitis |
| ☐ Pérdida del conocimiento | ☐ Problemas neurológicos |
| ☐ Pérdida de la memoria | ☐ Enfermedad de la piel |
| ☐ Bronquitis o tos crónica | ☐ Tuberculosis |
| ☐ Cáncer o tumor Ubicación: _____ | ☐ Problemas para dormir |
| ☐ Depresión | ☐ Problemas de tiroides |
| ☐ Diabetes | ☐ Otra _____ |
| ☐ Enfisema | ☐ _____ |
| ☐ Fracturas, deformidades en los huesos/las articulaciones | ☐ _____ |
| ☐ Gota | ☐ _____ |
| ☐ Problemas o lesiones en los ojos, ceguera | ☐ _____ |



Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

Evaluación del estado de salud: *Escriba la fecha de la última evaluación/realización de lo siguiente:*

☐ Colonoscopia Fecha: _____ ☐ PSA
☐ Mamografía Fecha: _____ ☐ Prueba de Papanicolaou

Fecha del último periodo menstrual: _____

Antecedentes quirúrgicos:

Fecha: _____	Cirugía: _____
Fecha: _____	Cirugía: _____
Fecha: _____	Cirugía: _____
Fecha: _____	Cirugía: _____
Fecha: _____	Cirugía: _____

Antecedentes familiares: *¿Alguno de sus familiares inmediatos ha tenido las siguientes afecciones?*

	Padre	Madre	Hermano o hermana	Hijo o hija	
Cáncer o tumor	☐	☐	☐	☐	☐ Soy adoptado y no conozco mis antecedentes familiares
Diabetes	☐	☐	☐	☐	
Presión arterial alta	☐	☐	☐	☐	
Enfermedad cardíaca/ataque cardíaco	☐	☐	☐	☐	
Salud mental	☐	☐	☐	☐	
Drogadicción	☐	☐	☐	☐	
Otra: _____	☐	☐	☐	☐	

☐ El padre ha fallecido Fecha de la muerte: _____ Causa de la muerte: _____
☐ La madre ha fallecido Fecha de la muerte: _____ Causa de la muerte: _____

Antecedentes sociales *(marque todas las opciones que correspondan)*

☐ Consumo de alcohol Cantidad: _____
☐ Consumo de drogas
☐ Consumo de tabaco
☐ Antes fumaba Fecha estimada en la que dejó de fumar: _____
☐ Masticar tabaco
☐ Abuso/negligencia
☐ Empleado Ocupación: _____
☐ Lesión ocupacional Detalles: _____
☐ Jubilado
☐ Vive con su cónyuge
☐ Vive solo



Alergias:

Alergias/reacción a los medicamentos	Alergias/reacción a los alimentos, al medio ambiente, a los animales

Medicamentos actuales:

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Motivo de uso del medicamento

Inmunizaciones:

	Sí	No	No lo sé
Fecha de la última inyección contra el tétanos: _____ Si no lo sabe, ¿fue en los últimos 10 años?	☐	☐	☐
¿Alguna vez ha recibido la vacuna contra la neumonía Pneumovax?	☐	☐	☐
Si la respuesta es sí, escriba la fecha en la que recibió la vacuna: _____			

Entiendo que, a mi leal saber y entender, todas las respuestas de arriba son verdaderas y correctas. Le informaré de inmediato a mi proveedor de atención médica si en algún momento hay un cambio en mi salud o en los medicamentos que uso. Por medio del presente, doy mi consentimiento a Northern Tier Center for Health para que se me brinde tratamiento a mí o al paciente nombrado (de quien soy el padre, la madre, el tutor legal, el padre adoptivo o la madre adoptiva).

Reservamos tiempo solo para usted. Si viene con retraso o tiene que cambiar una cita, llámenos lo más pronto posible. Si llega tarde, es posible que su proveedor deba reprogramar la visita para disponer de tiempo suficiente para atenderlo. Si falta a una cita, quizá tenga que esperar a que haya un espacio libre. Si nos llama cuando no pueda acudir a su cita programada, podremos atender a otros pacientes que esperan una cita.

_____ Firma del paciente o del tutor	_____ Fecha
---	----------------



Divulgación de información de salud protegida Autorización y consentimiento

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

DIRECCIÓN: _____ teléfono: _____ Teléfono móvil: _____

Información solicitada a: _____ correo electrónico: _____

DIRECCIÓN: _____ Teléfono/Fax: _____

Información divulgada a: Northern Tier Center for Health (NOTCH)

DIRECCIÓN: _____ Teléfono/Fax: _____

Tal como se describe a continuación para el/los siguiente(s) propósito(s): ☐ Continuidad de la atención

☐ Otro: _____

☐ Todos los registros O ☐ Informes de diagnóstico por imagen ☐ Informes de laboratorio

☐ Registros dentales ☐ Notas de consulta ☐ Vacunas

☐ Notas de la oficina ☐ Otro: _____

Otro (por favor especifique): _____

Las fechas de atención incluyen: _____

Documentación electrónica recibida en CD o DVD: *Por favor, envíela a Richford Health Center – Care Coordination Department, 44 Main Street, Ste. 200, Richford, VT 05476.*

Entiendo que, si no indico una fecha de vencimiento a continuación, este consentimiento caducará un año después de la última fecha en que recibí servicios en el Northern Tier Health Center (NOTCH). Entiendo que la información divulgada puede incluir registros médicos, psiquiátricos, de salud mental y/o relacionados con el consumo de drogas y alcohol. Entiendo que mis registros médicos están protegidos por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA", por sus siglas en inglés), partes 160 y 164 del título 45 del Código de Regulaciones Federales, y que no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito, salvo que las normativas estatales y federales dispongan lo contrario. Una fotocopia o una copia por fax de este consentimiento tiene la misma validez que el original. Entiendo que se me podrían denegar los servicios si me niego a autorizar la divulgación de información para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No se me denegarán los servicios si me niego a autorizar la divulgación de información para otros fines. Usted autoriza al Northern Tier Center for Health (NOTCH) a divulgar sus registros en los siguientes formatos: verbal, escrito o electrónico, a menos que se especifique lo contrario en este documento.

Esta autorización vencerá el: _____

(If no date or event is stated, this release will expire one (1) year from the last visit the patient had)

Firma del paciente:

Fecha

Firma del tutor o representante legal

Fecha

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento. Mi decisión de revocar este consentimiento no afectará a los registros que se hayan divulgado previamente en virtud del mismo. Por la presente, revoco este consentimiento el: _____ (fecha). No se deberá divulgar ninguna información adicional bajo este consentimiento. Signature: _____



Consentimiento para tratamiento, pago y operaciones de atención médica

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Por favor imprima Por favor imprima

I. Consentimiento para el tratamiento:

Por la presente, doy mi consentimiento para que yo o el paciente mencionado (de quien soy padre, madre o tutor legal y tengo el derecho legal de consentir el tratamiento) recibamos tratamiento en los Centros de Salud del Norte (NOTCH). El tratamiento puede incluir evaluaciones médicas, diagnóstico, tratamiento médico, tratamiento dental, salud mental, servicios de psiquiatría, y detección, evaluación, diagnóstico y tratamiento de drogas y alcohol.

II. Consentimiento para la divulgación de información sanitaria

Doy mi consentimiento para el uso dentro de NOTCH y la divulgación a personas u organizaciones fuera de NOTCH de mis registros médicos (o del paciente nombrado de quien soy padre o tutor legal), dentales, Care Quality Interoperative (HIE), Surescripts/Farmacia, de drogas y alcohol, de salud mental, de psiquiatría y otros tratamientos y registros de salud ("información de salud") por NOTCH para los siguientes fines:

A. Uso de información de salud por o para NOTCH para tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

- Brindar tratamiento por parte del personal de NOTCH
- Realizar operaciones de atención médica, incluyendo auditorías financieras o de control de calidad y/o capacitación.
- Solicitar y surtir recetas médicas
- Facturar directamente a su compañía de seguros
- Procesar el pago de servicios de atención médica, incluyendo la divulgación de historiales médicos a compañías de seguros, aseguradoras de compensación laboral o de responsabilidad civil, u otras agencias responsables del pago. Esto también puede incluir la actualización de la información del seguro registrada en NOTCH.

B. Divulgación de información de salud a personas u organizaciones fuera de NOTCH para fines de tratamiento:

- NOTCH está autorizado a proporcionar toda la información médica pasada y presente, incluyendo el documento 42 CFR, Parte 2, a otros proveedores de atención médica o agencias que participan en su atención. Esto incluye historiales médicos de organizaciones externas, recetas médicas, pruebas de detección de drogas y alcohol, diagnóstico y tratamiento.
- Se debe presentar una autorización individual de divulgación de información para cada transferencia de atención, familiar, amigos u otras personas que desee que tengan acceso a la información de su historial médico.

III. Asignación de beneficios

Autorizo a NOTCH a facturar y recibir pagos directamente de Medicare/Medicaid o de cualquier otra aseguradora por los servicios que me haya prestado.



Por la presente, cedo todos los pagos de Medicaid, Medicare o cualquier póliza de seguro médico para atención médica que NOTCH me haya otorgado.

Entiendo que soy responsable de cualquier saldo pendiente de pago que se genere debido a mi atención en NOTCH.

Entiendo que, a mi leal saber y entender, la información demográfica que proporcioné es verdadera y correcta.

IV. Terminación y restricciones de este consentimiento:

- A.** Terminación y restricciones de este consentimiento. A. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento mediante notificación por escrito a NOTCH. La revocación no afectará las acciones que NOTCH haya tomado en virtud de este consentimiento antes de la fecha de revocación. Salvo revocación por escrito, este consentimiento expirará tres (3) años después de la fecha de mi último servicio con NOTCH.
- B.** Entiendo que puedo solicitar restricciones en el uso o la divulgación de mi información médica para los fines descritos en este consentimiento y que NOTCH puede o no aceptar dicha solicitud. También entiendo que, salvo las restricciones en el uso o la divulgación de información médica que NOTCH acepte, NOTCH no podrá prestarme servicios (ni al paciente mencionado) sin este consentimiento firmado.
- C.** He leído este Consentimiento para el Tratamiento y Consentimiento para la Divulgación de Información de Salud; entiendo y doy mi consentimiento conscientemente a su contenido.

Por la presente, reconozco que se me ha ofrecido una copia del Aviso de prácticas de privacidad y entiendo que NOTCH utilizará mi información médica protegida de acuerdo con la ley de privacidad..

Firma del paciente: _____ Date: _____

Firma del paciente: _____ Date: _____

Firma del tutor/poder notarial: _____ Date: _____

Si usted es tutor legal o apoderado de un paciente, este documento no será válido hasta que se proporcione la documentación legal.



Solicitud para el Programa de Ayuda Financiera

Northern Tier Center for Health
44 Main Street, Suite 200
Richford, VT 05476

Departamento de facturación
Teléfono: (802) 255-5580
Fax: (802) 255-5589

Solicitante	Cosolicitante
Nombre: Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____	Nombre: Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____
Fecha de nacimiento _____ N.º del Seguro Social (si tiene) _____	Fecha de nacimiento _____ N.º del Seguro Social (si tiene) _____
Soltero _____ Casado _____ Divorciado _____ Separado _____ Viudo _____	
Dirección postal _____	Hijos/dependientes
Ciudad _____ Código postal _____ Teléfono _____	Nombre Parentesco Fecha de nac. N.º del Seguro Social (si tiene)
	1. _____
	2. _____
	3. _____
	4. _____
	5. _____
<u>Dirección física registrada en el 911</u> (no puede ser un apartado postal)	
Dirección _____	
Ciudad _____ Código postal _____	

Presente una copia completa de su última declaración de impuestos a la renta. Si no presenta una declaración de impuestos a la renta, aceptaremos uno de los siguientes documentos:

Declaración de beneficios del Seguro Social, 3 recibos de sueldos actuales o confirmación de ingresos por parte del empleador (horas trabajadas y salario por hora) **en papel con membrete de la compañía**, o bien una **declaración personal de ingresos**.

Al firmar abajo, autorizo a NOTCH a revelar la información financiera que entregué con esta solicitud a **Northwestern Medical Center, Inc. (NMC)** a los efectos de presentar la solicitud de ayuda financiera adicional que esta institución ofrece para los servicios que presta. **La aprobación o denegación del Programa de Ayuda Financiera de NMC no está supeditada a la aprobación de la ayuda financiera de NOTCH.**

A mi leal saber y entender, la información presentada con esta solicitud es verdadera y correcta. Acepto informar a NOTCH sobre cualquier cambio en mi situación laboral o financiera. Si se comprueba que la información es incorrecta, comprendo que se suspenderá el descuento que reciba. Además, doy permiso para que NOTCH se comunice con mi empleador o con cualquier otra fuente de ingresos para verificarlos cuando sea necesario.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

¿Usted o algún miembro de su grupo familiar tiene seguro médico? **SÍ** o **NO**

Si es una mujer de entre 21 y 64 años, puede ser elegible para participar en el programa You First, un beneficio gratuito de atención médica que cubre pruebas de detección de enfermedades cardíacas, de las mamas y del cuello uterino.

Estoy interesada en el programa You First para mí o una familiar. **SÍ o **NO****

SOLO PARA USO DEL CENTRO: Ingresos mensuales brutos _____ Ingresos anuales brutos _____

Iniciales de la persona autorizada _____ Escala móvil de descuento en las tarifas de servicios médicos/odontológicos _____

Fecha de aprobación/denegación _____ hasta el _____

PATRIMONIO NETO

Activos

Saldo en cuentas corrientes

Saldo en cuentas de ahorro

Certificados de depósito (CD)

Acciones

Cuentas de jubilación individual, planes 401 (k) y otros fondos de jubilación

Valor de mercado de bienes inmuebles (excluida la vivienda principal)

Valor de mercado de automóviles

Otros activos (especifique):

Total de activos

\$

Pasivos

Saldo pendiente en tarjetas de crédito

Saldo pendiente en crédito automotor

Saldo pendiente en préstamos inmobiliarios (que no correspondan a la vivienda principal)

Otras deudas (especifique):

Total de pasivos

\$

PATRIMONIO NETO (total de activos menos total de pasivos)

\$

INGRESOS Y GASTOS MENSUALES

Ingresos (DEBE presentar documentación complementaria de TODOS los ingresos)

Sueldos/salarios brutos (antes de impuestos y deducciones)

Pagos del Seguro Social recibidos

Pagos de pensión o jubilación recibidos

Ingresos por intereses

Ingresos por dividendos

Pagos recibidos por indemnización laboral/por desempleo

Ingresos por alquileres

Pagos recibidos por manutención infantil/pensión alimenticia

Otros (especifique):

Total de ingresos mensuales

\$

Gastos

Hipoteca/alquiler

Impuestos a la propiedad

Crédito automotor

Pagos de tarjetas de crédito

Servicios públicos

Pagos por manutención infantil/pensión alimenticia

Seguros (automotor, médico o de vivienda)

Gastos médicos

Otros gastos cotidianos (teléfono, calefacción, comida, gas, agua, recolección de residuos, alcantarillado)

Otros (especifique):

Total de gastos mensuales

\$

TOTAL DE INGRESOS NETOS MENSUALES DEL GRUPO FAMILIAR (ingresos menos gastos)

\$



Declaración personal de ingresos

Elija una de estas opciones:

OPCIÓN A:

Yo, _____, declaro que trabajo y recibo el pago en efectivo de \$ _____ por (**encierre una opción en un círculo**) día, semana, quincena o mes. No tengo comprobantes de pago ni otra documentación para demostrar mis ingresos.

OPCIÓN B:

Yo, _____, declaro que no tengo empleo ni ingresos de ningún tipo.

1. ¿Cómo paga la comida? _____
2. ¿Cómo paga la calefacción y el alquiler? _____
3. ¿Recibe cupones de alimentos? _____
4. ¿Recibe manutención infantil o pensión alimenticia? _____
5. ¿Recibe beneficios del Seguro Social? _____
6. ¿Presentó una declaración de impuestos sobre la renta el año pasado? (SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, PRESENTE UNA COPIA; SI, ACTUALMENTE, ESTÁ DESEMPLEADO, EXPLIQUE EL MOTIVO)

Firma: _____

Fecha: _____

.....



Portal del paciente NOTCH

Gestione su salud en línea

El portal para pacientes de NOTCH le brinda acceso en tiempo real a su información de salud —incluidos medicamentos, resultados de laboratorio, notas de evolución y próximas citas— siempre que lo necesite. También puede solicitar citas y resurtidos de medicamentos, así como enviar mensajes a su equipo de atención médica. Registrarse es tan fácil como contar hasta tres...

Paso 1: Llame al centro de NOTCH donde recibe atención médica y solicite acceso al portal, o bien pregunte al personal de recepción al registrarse para su próxima cita.

The image shows two screenshots of the Northern Tier Center for Health Portal. The left screenshot is the login page, featuring a 'Login' field, a 'Sign in' button, and links for 'Forgot password?' and 'Forgot login name?'. Below these is a 'New to the patient portal?' section with an 'Activate account' button. The right screenshot shows the 'Northern Tier Center for Health Portal' interface. It has a top navigation bar with 'Create Message', 'Refresh', 'Move to Saved', and 'Delete Message' buttons. Below this is a 'Messages' section with a list of messages. The messages are listed in a table with columns for 'Date', 'Time', and 'Subject'. The messages are: 'Imm: Tetanus, Diphtheria Toxoids' (02/27/20, 9:17 am), 'CCD' (02/27/20, 9:15 am), 'Thyroid Education' (02/27/20, 9:12 am), and 'HgbA1c Panel' (12/06/19, 10:23 am). There is also a 'New to the patient portal?' section with an 'Activate account' button.

Paso 2: Visite nuestro sitio web, www.notchvt.org, y haga clic en el enlace del portal del paciente. Haga clic en "Activate Account" (Activar cuenta) para comenzar. Complete el formulario en su totalidad, asegurándose de ingresar sus apellidos, nombre y fecha de nacimiento exactamente como aparecen en la carta de activación del portal. Si necesita ayuda, haga clic en el enlace "View a video Tutorial" (Ver un video tutorial) en la parte superior de la página.

Paso 3: ¡Listo! Navegue por su información de salud utilizando los enlaces situados en el lado izquierdo de la página.

- Utilice el enlace "Mensajes" para enviar o ver mensajes.
- Utilice el enlace "Documentos" para ver sus notas de evolución.
- Utilice el enlace "Historial clínico" para ver un resumen de su historial, incluidos los resultados de laboratorio.



New to the patient portal?

Activate account

El portal para pacientes de NOTCH ofrece acceso seguro a su información de salud en línea siempre que la necesite. ¡Active su cuenta hoy mismo!



Asistencia a citas médicas: Cancelación, reprogramación y falta de asistencia

Entendemos que surgen imprevistos. Si no puede asistir a su cita, por favor avísenos lo antes posible.

Cancelar o reprogramar su cita:

Por favor, avísenos con al menos 24 horas de antelación si necesita cancelar o reprogramar su cita. Esto nos permite ofrecer el turno a otro paciente que necesite atención. Para su comodidad, puede solicitar la cancelación o reprogramación a través de nuestro sistema de llamadas de recordatorio, o bien llamarnos directamente para hablar con un miembro de su equipo de atención.

Ausencias sin previo aviso:

Se considera «no presentación» (o falta a la cita) cuando usted no acude a su cita sin haber llamado antes de la hora programada para cancelarla o reprogramarla.

- Cancelar después de la hora de la cita se contabilizará como una falta a la cita.
- Cancelar o reprogramar con menos de 24 horas de antelación podría tratarse de manera similar a una falta a la cita si esto ocurre con frecuencia.

¿Qué sucede si no asisto a las citas?

- **Después de la primera cita Perdida**
 - Recibirá una carta de notificación.
- **Después de la segunda cita Perdida**
 - Recibirá otra carta
 - Un miembro de su equipo de atención podría ponerse en contacto con usted para comprender lo sucedido y ayudarle a superar cualquier obstáculo (transporte, programación de citas, etc.)
- **Tercera cita médica perdida (en un plazo de 2 años)**
 - Si falta a 3 citas médicas en un plazo de 2 años, es posible que se le dé de baja del consultorio..
 - Recibirá una carta de alta.
 - Le ayudaremos a transferir su atención médica si fuera necesario.

Aspectos importantes que debe saber

- Si llega tarde, intentaremos atenderle, pero es posible que no siempre sea posible.
- Si recibe el alta, puede regresar después de 2 años.

Recuerde, ¡estamos aquí para ayudarle! Si algo le dificulta asistir a las citas (transporte, trabajo, cuidado de niños, etc.), por favor avísenos. Queremos apoyarle.

¿A dónde deberías ir?



Atención primaria

- Visitas de bienestar o preventivas
- Manejo de enfermedades crónicas
- (diabetes, insuficiencia cardíaca, EPOC, asma, hipertensión)
- Vacunas
- Síntomas de resfriado y gripe
- Migrañas
- Síntomas de alergia
- Problemas de la piel
- Fiebre leve
- Dolor o infecciones de oído
- Conjuntivitis
- Esguinces y distensiones musculares
- Cortes que requieren puntos de sutura
- Fracturas o esguinces leves
- Lesiones menores
- Infecciones del tracto urinario
- Dolor de espalda intenso
- Vómitos y diarrea
- Reacciones leves a medicamentos
- Mordeduras de animales
- Enfermedades leves
- Picaduras de insectos o garrapatas

Servicio de Urgencias

- Dolor en el pecho
- Convulsiones
- Sangrado incontrolado
- Ingestión de veneno
- Pérdida repentina del conocimiento o incapacidad para moverse
- Fracturas complejas
- Tos o vómitos con sangre
- Síntomas de accidente cerebrovascular (derrame cerebral)
- Dificultad para respirar
- Dolor abdominal intenso
- Traumatismo craneal
- Crisis asmática grave
- Crisis de salud mental

Llame primero a su proveedor de atención primaria; ¡nosotros le guiaremos!
Contamos con un proveedor de guardia las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso fuera del horario habitual y en días festivos.