PATHS
Live Life. Be Healthy.

Nuevo Formulario para el Paciente

Fecha de Hoy: _____/_____/_____

¿En cuales servicios está usted interesado? ☐ Medico ☐ Dentista ☐ Obstetra y Ginecología ☐ Neurología ☐ Farmacia ☐ MEDAssist ☐ Salud Mental ☐ Psiquiatría

A quien le gustaría elegir como su proveedor medico? _____

¿Cuál farmacia prefiere usar? **PATHS Community Pharmacy** ☐ Boydton ☐ Chatham ☐ Danville – Ridge St ☐ Danville – Riverside ☐ Martinsville ☐ South Boston ☐ Otra _____

A. Información del Paciente

Nombre: _____ **Correo Electrónico:**

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** ____ **Código Postal:** _____

¿Usted vive en vivienda pública proporcionada por el gobierno? ☐ Si ☐ No ☐ Indigente

Teléfono: (Casa): _____-_____-_____ **(Celular):** _____-_____-_____ **(Trabajo):** _____-_____- _____

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ **Fecha de nacimiento:** ____ / ____ / _____

Idioma de Preferencia: ☐ Ingles ☐ Español ☐ Otro_____ ☐ Necesita Interprete

Estado Civil: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Unión Libre

Necesidades de Accesibilidad: ☐ Discapacidad Auditiva ☐ Discapacidad de Visión ☐ Necesita Interprete

Situación Laboral: ☐ Trabaja Tiempo Completo ☐ Trabaja Medio Tiempo ☐ Desempleado ☐ Trabaja por Cuenta Propia ☐ Jubilado ☐ En Servicio Militar Activo

Empleador (o Nombre de Escuela si es Menor de Edad): _____

¿Es usted un estudiante? ☐ Si ☐ No Si su respuesta fue Sí, es de: ☐ Tiempo completo ☐ Medio Tiempo

Es usted un veterano: ☐ Si ☐ No

¿Es usted un trabajador migrante? ☐ Si ☐ No

¿Como prefiere ser contactado? ☐ Correo ☐ Teléfono ☐ Texto ☐ Correo Electrónico ☐ En Persona

Autorizo que PATHS Community Medical Center me deje mensajes relacionados a mi cuidado en mi máquina de correo de voz.
Si ☐ No ☐

B. Persona Responsable

Nombre de la persona responsable de esta cuenta:_____

Teléfono (Casa): _____-_____-_____ **(Celular):** _____-_____-_____ **(Trabajo):** _____-_____-_____

Relación hacia el paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** __ /__ /___ **Número de Seguro Social:** _____ - _____ - _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** ____ **Código Postal:** _____

¿Esta persona es también otro paciente recibiendo servicios de PATHS? ☐ Si ☐ No Si su respuesta fue Si, Cual? _____

C. Información de Seguro Medico

Seguro Primario

Nombre del Asegurado: _____ **Relación hacia el Paciente:**_____

Número de Seguro Social: _____-_____-_____ **Número de Suscriptor:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Compañía de Seguro Médico: _____ Usted tiene cobertura para medicamentos? ☐ Si ☐ No

Seguro Secundario

Nombre del Asegurado: _____ **Relación hacia el Paciente:**_____

Número de Seguro Social: _____-_____-_____ **Número de Suscriptor:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Compañía de Seguro Médico: _____ Usted tiene cobertura para medicamentos? ☐ Si ☐ No

D. Padres/Tutores Legales/Custodia Física (Complete esta sección para pacientes que tengan 18 años o menores de 18)

Tutor Legal 1:

Nombre: _____

Relación:_____

Dirección: _____

Teléfono/Celular: (_____) _____ - _____

Tutor Legal 2:

Nombre: _____

Relación:_____

Dirección: _____

Teléfono/Celular: (_____) _____ - _____

¿Quién tiene custodia física del niño(a)? ☐ Tutor Legal 1 ☐ Tutor Legal 2 ☐ Los Dos

E. Contacto de Emergencia – (Este contacto también debe de estar en la lista de HIPAA de abajo)

¿En caso de una emergencia mientras este en nuestra oficina, a quien debemos comunicarnos?

Nombre: _____ Relación hacia el Paciente: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: (_____) _____ - _____ Celular: (_____) _____ - _____ Trabajo: (_____) _____ - _____

F. Autorización de Expediente Médico (HIPAA)

Revelación a familiares y amigos: Yo autorizo la revelación de información de mi expediente médico y dental relevante a mi tratamiento actual a:

Nombre: _____ **Relación hacia al Paciente:** _____ ☐ **En Persona** ☐ **Por Teléfono**

Número de Teléfono: _____

Nombre: _____ **Relación hacia al Paciente:** _____ ☐ **En Persona** ☐ **Por Teléfono**

Número de Teléfono: _____

Nombre: _____ **Relación hacia al Paciente:** _____ ☐ **En Persona** ☐ **Por Teléfono**

Número de Teléfono: _____

Firma: _____ **Fecha:** ____ / ____ /_____

***Si usted quiere cualquier información de su expediente médico, esta página debe estar firmada. ***

PATHS
Live Life. Be Healthy.

Formulario de Sistema de Información Uniforme

Nombre: _____ Fecha: ____ / ____ /_____

Raza

- ☐ Asiático
- ☐ Chino
- ☐ Filipino
- ☐ Otro asiático: Por favor escribe cual raza _____
- ☐ Nativo Hawaiano
- ☐ Otro Pacifico Isleño
- ☐ Guamaní o Chamorro
- ☐ Samoano
- ☐ Sin reportar/Prefiero no divulgar raza
- ☐ Japonés
- ☐ Coreano
- ☐ Vietnamés
- ☐ Negro/Afroamericano
- ☐ Indio Americano/Nativo de Alaska
- ☐ Blanco/Caucásico
- ☐ Mas de una raza

Etnicidad

- ☐ Hispano-Mexicano(a), Mexicano(a), Americano(a), Chicano(a)
- ☐ Hispano-puertorriqueño
- ☐ Otro Hispano, Latino(a) o de Origen Española: Por favor escribe cual etnicidad _____
- ☐ No Hispano(a), Latino(a) Origen Española:
- ☐ Sin reportar/Prefiero no divulgar etnicidad

Genero de Sexo al Nacimiento

☐ Hombre ☐ Mujer

_____

Firma

PATHS
Live Life. Be Healthy.

INFORMACION MEDICA DEL PACIENTE

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

Lista de medicamentos que está tomando actualmente:

Nombre del Medicamento	Dosis	Frecuencia	¿Cuándo se la toma? A.M o P.M	Prescriptor	Número de Teléfono del Prescriptor

PATHS
Live Life. Be Healthy.

Por favor lea cuidadosamente lo siguiente:

POR LA PRESENTE AUTORIZO Y CERTIFICO LO SIGUIENTE:

1. PATHS Community Medical/Dental Center, una división de Piedmont Access to Health Services, Inc. (PATHS), a través de su personal médico apropiado actuar, administrar o prescribir para mí o cualquier miembro de mi familia (incluyendo hijos(a) menores) los cuales nombres aparecen arriba, tal examinación, resultados, vacunas, exámenes, inyecciones, y procedimientos diagnósticos como se considere necesario. También certifico que toda la información contenida aquí es verdadera y correcta según entiendo y creo que nada ha sido omitido.

2. Autorización y Asignación de Seguros: PATHS Community Medical/Dental Center de dar información a compañías de seguro sobre mis enfermedades y tratamientos y aquí yo asigno a los proveedores todos los pagos para los servicios médicos o dental que se me dieron a mi o a mis dependientes. Yo entiendo que soy responsable por cualquier cantidad que no sea cubierta por mi seguro médico.

3. Autorización de por Vida de Medicare: por servicios físicos y solicitud de pagos o autorizaciones de beneficios de Medicare sean hechos a mi nombre a PATHS por cualquier servicio dado a mí por uno de sus proveedores. Yo autorizo a mi titular de información médica de liberar a la agencia financiera de administración de salud y sus agentes cualquier información necesitada para determinar beneficios.

4. Consentimiento Designado de Patógenos Transmitidos por la Sangre: La ley de Virginia requiere que los proveedores de salud notifiquen que Hepatitis B y C o el VIH (Virus del SIDA) se haría la prueba por una muestra de tu sangre si algún proveedor o personal médico sea expuesto a tu sangre o a tus fluidos corporales. Este siguiente aviso es para informarte que esto está en efecto en esta clínica. Bajo la Sección 32.1-45.1 de Actos de Asamblea de Virginia, cuando cualquier proveedor médico o personal asociado con o trabajando para PATHS Community Medical Center es directamente expuesto a fluidos corporales de un paciente en una manera que, acordadamente a los lineamientos de los Centros de Control y Prevención de Salud, pueda transmitir VIH o Hepatitis B o C, PATHS proporcionará los resultados de el examen al paciente por medio de su proveedor médico y al personal médico expuesto. PATHS política también te protege como paciente, si en dado caso fueras expuesto a los fluidos corporales de algún trabajador médico.

5. Información Privada Médica: Yo certifico que he sido informado de las políticas y procedimientos relacionados a como PATHS Community Medical/Dental Center, una división de Piedmont Access To Health Services, INC., puede usar o divulgar mi información personal médica.

6. Le doy autorización al trabajador de MEDAssist de contactar mi doctor e intercambiar información necesaria en orden de calificar para medicamentos gratis por medio de The Pharmacy Connection. También doy autoridad al trabajador de MEDAssist de intercambiar información con las compañías farmacéuticas que fabrica mis medicinas en orden de tener acceso a medicinas gratis.

7. Yo autorizo a mi trabajador de MEDAssist que firme cualquier forma que se necesite de mí para ordenar medicamentos por medio de The Pharmacy Connection. Yo entiendo que esto acelerará el proceso de órdenes haciendo innecesario que las formas me sean enviadas y de regreso a MEDAssist. Esta autorización de firma es válida mientras esté recibiendo servicios de MEDAssist.

8. Tu firma abajo autoriza que PATHS obtenga expedientes médicos o dentales o tomografías de SOVAH Health, Memorial Hospital de Martinsville, Henry County, Sentara Halifax Regional Hospital y VCU Health Community Memorial Hospital con el propósito de continuar con cuidado médico.

9. Consentimiento para Obtener Historial Externo de Medicamentos/E-Prescribing Consentimiento: Al autorizar que PATHS Community Medical/Dental Center, tu permites que nosotros podamos ver tu historial de medicamentos externo por medio del servicio de RxHub. Esto le proporcionará al proveedor medico con información sobre medicamentos que el paciente ya se está tomando para minimizar el número de efectos adversos del medicamento. Al firmar esta forma, tu estas aceptando que tu entiendes que historial de medicamentos de múltiples u otro no afiliado proveedor médico, compañías de seguro, y gerente de beneficio de farmacia puede ser visible por mi proveedor o personal médico y puede incluir medicamentos de otros años pasados. Al firmar esta forma, estas aceptando que PATHS pueda pedir y usar tu historial de medicamentos de otro proveedor médico u otro beneficiario tercero con fines de tratamiento.

La información proporcionada en esta forma de registración es verdadera, precisa y ha sido completada según mi leal entendimiento.

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ /_____

PATHS
Live Life. Be Healthy.

POLITICAS QUE PUEDEN AFECTARTE

PATHS está trabajando duro para asegurarse que todos sus pacientes tengan acceso a cuidado de la más alta calidad posible. Queremos asegurarnos que estés bien informado de las políticas que hemos implementado que hará que sea posible.

1. **Llamadas Telefónicas:** Nos comprometemos con usted como paciente, que cualquier vez que usted llame a la oficina, sus preguntas serán respondidas inmediatamente, o si es necesario dejar un mensaje, nosotros devolveremos la llamada al siguiente día de trabajo.

2. **Solicitudes de Recarga de Medicamentos:** Por favor ayúdanos a manejar tus necesidades médicas permitiéndonos con tiempo necesario antes de que se te termine tu medicamento. Por favor contacta tu farmacia para pedir tu orden. Tu proveedor de PATHS será notificado electrónicamente. **Este proceso puede durar hasta tres días de trabajo.**

3. **Horario de Citas:** Haremos lo que mejor podamos para proporcionarte una cita a una hora conveniente para ti. Te pedimos que llegues 15 minutos antes de tu cita para actualizar tu información personal y seguro médico. Si llegas más de 10 minutos tarde a tu cita, puede ser que tengas que reagendar tu cita.

4. **No Presentarse a Citas:** Una cita a la que no te presentas está definida como el cliente fallando a mantener la cita programada sin avisar antes o cancelar. Una cita programada es una cita hecha para el paciente con PATHS Community Medical/Dental Center. Excepciones serán hechas para circunstancias fuera de control del paciente, como alguna emergencia a un miembro de familia, enfermedades extremas, muerte de algún familiar o problemas de transporte. En este caso, el paciente tendrá que hacer todo lo posible para notificar al personal del centro Médico/Dentista de la razón de no asistir a la cita lo más pronto posible.

   Todas las citas tienen una ventanilla de 10 minutos para llegar a la cita. Si llegas más de 10 minutos tarde a tu cita, será considerada una cita sin presentarse. Cuando un paciente no se presenta constantemente a citas, PATHS tomara los siguientes pasos basado en el tipo de servicio:

- **Todos los Servicios al Médico:** Si no se presenta más de cinco veces en un lapso de doce meses, nosotros le pediremos que use el sistema de entrar a cita por los siguientes seis meses. Esto quiere decir que usted no podrá hacer citas a una hora particular, pero puede llegar, registrarse y esperar. Nuestro personal hará todo lo posible para que lo puedan atender.

- **Salud Mental y Psiquiatría:** Si no se presenta más de tres veces en un lapso de tres meses, nosotros le pediremos que use el sistema de entrar a cita por los siguientes seis meses. Esto quiere decir que usted no podrá hacer citas a una hora particular, pero puede llegar, registrarse y esperar. Nuestro personal hará todo lo posible para que lo puedan atender.

- **Dental:** Si no se presenta más de tres veces en un lapso de doce meses, se le enviara una carta de despido de paciente a su dirección que no haya proporcionado. La carta incluirá una lista de proveedores a los que el paciente pueda calificar y PATHS lo podrá atender los próximos 30 días solamente para emergencias.

5. **Tarifa de Escala de Pago:** Si tú no tienes seguro médico, o no puedes pagar tu pago o deducible, tú puedes aplicar para la escala de tarifa. Basada en tus ingresos familiares, puede que nosotros podamos reducir nuestros costos para ti. En orden de aplicar, tú necesitaras proporcionar ingresos de todas las personas que trabajen que vivan en tu casa. Tú no tienes que aplicar para la escala de tarifa, sin embargo, tú serás responsable al 100% de nuestros costos de rutina hasta que lo hagas. Si decides aplicar y eres aprobado(a), tu tendrás que aplicar una vez cada año.

6. **Medicamentos Recetados Narcóticos:** Como una regla, los proveedores de PATHS no recetaran medicamentos para pastillas para el dolor, drogas como Xanax, u otras sustancias controladas.

7. **Póliza de Colección:** PATHS está comprometida a proporcionarle acceso a todos en nuestra comunidad independientemente de su habilidad para pagar. Esto se logra al proporcionarte la oportunidad de aplicar para la escala de tarifa. Desde ese punto, es muy importante que tú entiendas claramente lo importante que es cumplir con tus obligaciones financieras ya que están relacionadas con tu cuidado en PATHS. Si no pagas tu factura a tiempo y te reúsas a configurar un plan de pago, PATHS puede referir tu cuenta a una agencia tercera para asistencia de colección. Continua falta de voluntad de pagar puede dejarnos sin otra opción y despedirte. Si estás preocupado que esto pueda afectarte a ti, por favor acude a un miembro de nuestro personal, o llama a la oficina para asistencia inmediata para evitar ser despedido.

8. **PCMH:** Yo entiendo que PATHS será mi "Centro de Salud de Familia". Me han dado la información de todo lo que esto significa para PATHS, y reconozco entendimiento de lo que se espera de mí.

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ /_____

PATHS
Live Life. Be Healthy.

APLICACIÓN DE ESCALA DE TARIFAS

Si usted no desea aplicar para la escala de tarifa, por favor escriba sus iniciales aquí: _____

Nombre del Paciente (Escrito): _____ Fecha: ____ / ____ / _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / _____ **Presenta Impuestos?** ☐ **Si** ☐ **No**

¿Cuántos en su hogar dependen de estos ingresos? (incluyéndose a usted mismo) _____

Por favor, complete lo siguiente: Debe listar a TODOS los miembros de su hogar fiscal, incluyéndose a usted mismo. Esto incluye la edad, la relación con el solicitante y TODAS las fuentes de ingresos. (Salarios, pensión alimenticia, seguro social, pensión, discapacidad, desempleo, etc.). SI UN MIEMBRO DEL HOGAR NO TIENE INGRESOS, PON 0,00 $ EN LA CASILLA DE INGRESOS PARA ESE MIEMBRO.

Nombre	Edad	Relación	Ingresos	Periodo de pago
				☐ Quincenal ☐ Dos veces al mes ☐Mensual ☐ Semanal ☐ anual
				☐ Quincenal ☐ Dos veces al mes ☐Mensual ☐ Semanal ☐ anual
				☐ Quincenal ☐ Dos veces al mes ☐Mensual ☐ Semanal ☐ anual
				☐ Quincenal ☐ Dos veces al mes ☐Mensual ☐ Semanal ☐ anual
				☐ Quincenal ☐ Dos veces al mes ☐Mensual ☐ Semanal ☐ anual
				☐ Quincenal ☐ Dos veces al mes ☐Mensual ☐ Semanal ☐ anual

(QUINCENAL ES COBRAR CADA 2 SEMANAS, DOS VECES AL MES SIGNIFICA 2 CHEQUES DE PAGO POR MES, EN LA MISMA FECHA CADA MES)

Lugar de empleo _____

Si está desempleado, ¿cuánto tiempo? _____

¿Cuántas horas a la semana trabaja en promedio? _____ ¿Cuál es su salario? _____

¿Alguien en el hogar recibe ingresos por discapacidad, Seguro social o Pensión? ☐ Sí ☐No

Discapacidad $_____Seguro social: $_____ Pension:$_____

La información referente al tamaño de mi familia y el ingreso anual neto de mi familia de todas fuentes es verdadera, exacta y completa al mejor de mi conocimiento. Me doy cuenta que PATHS comunidad médica/Dental Center confiará en dicha información para determinar cuánto se descontará mi cuenta. Me doy cuenta que en este caso dar intencionalmente información falsa puede resultar en enjuiciamiento criminal bajo las leyes de Virginia. Estoy de acuerdo en reportar cualquier cambio en mis ingresos o mi tamaño de la familia a PATHS. PATHS puede iniciar una revisión de mi estado de pago en cualquier momento para verificar la información que he proporcionado.

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ /_____

For Front Desk Use Only:
Sliding Scale Type: _____ **Sliding Fee Scale Expiration Date**: ____ / ____ / _____ **Initial**: _____

Este documento contiene información relacionada con políticas y procedimientos que se aplican a cómo PATHS Community Medical Center opera en términos de proveer cuidado de su salud. Si usted tiene preguntas sobre cualquier cosa que lea, por favor pregunte a nuestro personal durante su nombramiento, o por teléfono.

POLITICAS DE PRIVACIDAD DE PRÁCTICAS DE HIPPA:

Esta notificación describe cómo información médica puede utilizarse y divulgarse y cómo puede obtener acceso a esta información. Si usted tiene alguna pregunta sobre este aviso, póngase en contacto con el oficial de privacidad de PATHS Community Medical Centers. Aunque su expediente médico es la propiedad física de la instalación que lo compila, usted tiene el derecho de:

- Inspeccionar y copiar: Usted tiene el derecho a inspeccionar y obtener una copia de la información de salud que puede utilizarse para tomar decisiones sobre su cuidado. Podemos negar su solicitud para inspeccionar y copiar en ciertas, muy singular, circunstancias. Si se le niega acceso a información médica, usted puede solicitar que la negación sea revisada. Otro profesional de salud elegido con licencia por el centro médico de la comunidad de PATHS revisará su petición y la negación. La persona llevará a cabo la revisión y no será la persona que negó su petición principalmente. Nos conformaremos con el resultado de la revisión.
- Modificaciones: Si sientes que la información de salud que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que enmendemos la información. Usted tiene el derecho a pedir una enmienda mientras la información sea mantenida por PATHS comunidad médica/Dental Centro. Podemos negar su petición de una enmienda, pero si esto ocurre, se le notificará de la razón para la negación.
- Contabilidad de divulgaciones: usted tiene el derecho de solicitar una contabilidad de accesos. Esta es una lista de ciertas revelaciones que hacemos de su información médica para fines de no tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
- Solicitar restricciones: Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre la información médica que utilizamos o revelamos sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Usted también tiene derecho a solicitar un límite en la información médica que divulguemos acerca de usted a alguien que está involucrado en su cuidado para el pago de su cuidado, como un familiar o amigo. Por ejemplo, usted podría pedir que no usemos o divulguemos información sobre un procedimiento que tuvo. No estamos obligados a aceptar su petición. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su petición a menos que la información es necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia.
- Solicitud de comunicaciones confidenciales: Usted tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, usted puede solicitar que nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo. El centro otorgará la solicitud de comunicaciones confidenciales en lugares alternativos a través de medios alternativos sólo si la solicitud es presentada por escrito. La solicitud escrita debe incluir una dirección postal donde el individuo recibirá facturas por servicios prestados por el servicio y relacionados con la correspondencia en cuanto a pago de servicios. Por favor realice que nos reservamos el derecho de contactarlo por otro medio y en otros lugares si no responde a cualquier comunicación de nosotros que requiera una respuesta. Le notificará de conformidad con su solicitud original antes de intentar contactar con usted por otros medios o en otro lugar.

Para ejercer cualquiera de sus derechos, obtenga la forma requerida del oficial de privacidad de HIPAA, Robert Thurman (Teléfono) 434.791.3630 x1015 y envié su solicitud por escrito.

- Cambios a este aviso: Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y el aviso revisado o modificado será eficaz para la información que tenemos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. La corriente Nota será publicada en PATHS Community Medical/Dental Center e incluirá la fecha de vigencia. Además, cada vez que se registre en nuestro centro para tratamiento o servicios de salud, ejemplares actualizados del presente aviso estarán disponibles por petición.

- Quejas: Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja con el Departamento de salud y servicios humanos o PATHS Community Medical/Dental Center al ponerse en contacto con el número principal y preguntando por el oficial de privacidad. Todas las quejas deben presentarse por escrito. Usted no será penalizado por presentar una queja.

- Otros usos de la información de salud: Otros usos y divulgaciones de información médica no cubiertos en este aviso o las leyes que se aplican a nosotros se harán sólo con su permiso por escrito. Si usted nos proporciona permiso para usar o divulgar información médica acerca de usted, usted puede revocar su permiso. No se utilizará o revelará su información médica por estas razones cubiertas por su autorización escrita. Usted entiende que somos incapaces de llevar ninguna divulgación que ya hemos hecho con su permiso. Estamos obligados a conservar los registros de su atención.

Bienvenido a su hogar medico!

Bienvenido a su hogar médico! Centrado en el paciente es la manera en que PATHS te lo dice, el paciente es la persona más importante en el sistema de salud. Usted está en el centro de su atención médica. Un hogar médico es un enfoque para la atención de salud total. Cuidándote a ti por medio de físicos y exámenes preventivos, y cuando estás enfermo (decir, dolor de garganta, o gripe) o tengas problemas de salud en curso (crónica- es decir, la presión arterial alta, diabetes). Incluso veremos que usted reciba la atención que usted necesita y si no tenemos las habilidades para satisfacer sus necesidades (atención especializada, es decir pruebas de diagnóstico o especialistas como Neurología será referido a un especialista). Con su atención médica en PATHS, se unirá a un equipo que incluye profesionales del cuidado médico, amigos o familiar (si desea), y más importante. El sistema de salud puede ser confuso y mucha gente puede empezar a sentirse perdido en el sistema después de visitar a varios médicos. El equipo médico de la casa le escuchara sus preguntas y le puede ayudar a navegar el sistema.

A. Lo que PATHS medico centrado hará por usted:

1. Su equipo médico lo conocerá a usted y a su familia y así podrá proveerle un total cuidado de la salud. Cada vez que tenga una cita, verá el mismo equipo, y le pueden ayudar a responder sus preguntas de salud.
2. Haremos el seguimiento de su cuidado utilizando registros electrónicos y computadoras para que todos los registros serán en un solo lugar.
3. Usted será capaz de llegar a su equipo cuando usted los necesite:
   - Durante horas regulares de oficina que incluyen horarios extendidos:

     - **Boydton:** (Teléfono) 434.738.6420 (Fax) 434.738.6054
       (Días/Horario) Lunes, Jueves, Viernes 8:00 a 5:00; Martes y Miércoles de 8:00 a 8:00
     - **Chatham:** (Teléfono) 434.432.4443 (Fax) 434.432.3555
       (Días/Horario) Lunes – Jueves 8:00 a 6:00; Viernes 8:00 a 5:00
     - **Danville "Riverside:** (Teléfono) 434.791.4122 (Fax) 434.791.4126
       (Días/Horario) Lunes – Jueves 8:00 a 6:00; Viernes 8:00 a 5:00
     - **Danville "705 Main St":** (Teléfono) 434.791.4122 (Fax) 434.791.4126
       (Días/Horario) Lunes, Martes y Miércoles 8:00 a 6:00; Jueves 8:00 a 7:00; Viernes 8:00 a 5:00
     - **George Washington High School:** (Teléfono) 434.791.0216 (Fax) 434.791.2191
       (Días/Horario) Lunes – Viernes 8:00 a 5:00
     - **Martinsville:** (Teléfono) 276.632.2966 (Fax) 276.632.0841
       (Días/Horario) Lunes – Jueves 8:00 a 6:00; Viernes 8:00 a 5:00
     - **Rison Street Dental:** (Teléfono) 434.791.0214 (Fax) 434.791.0217
       (Días/Horario) Lunes – Viernes 8:00 a 5:00
     - **South Boston:** (Teléfono) 434.575.1336 (Fax) 434.575.1349
       (Días/Horario) Lunes a Jueves 8:00 a 6:00; Viernes 8:00 a 5:00

   - **Acceso a comunicación con Proveedores Médicos después de horas de trabajo incluyen:**
     - Entendemos que a veces es posible que deba comunicarse con su proveedor de atención médica fuera del horario de atención habitual. Debido a esto, ofrecemos a nuestros pacientes comunicación fuera del horario laboral. Puede comunicarse con el proveedor de guardia fuera del horario de atención llamando al número principal en cualquiera de nuestras ubicaciones de PATHS.
     - Si tiene acceso a una computadora o teléfono celular con Internet; tendrá acceso a su información de salud las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Seguro, protegido y solo para ti.
4. El hogar médico de PATHS será el coordinador de toda su atención, el único lugar donde puede aprender y tener acceso a información sobre sus medicamentos, visitas a especialistas, historial médico, estado de salud, pruebas recientes, información de cuidado personal, información de hospitalizaciones recientes, atención especializada o visitas a la sala de emergencias. PATHS puede ser su almacén o ir a un lugar para cada aspecto de su atención, una ventanilla única, por así decirlo.

B. Con un hogar médico, usted y su equipo trabajan juntos. No es una relación pasiva o unilateral.

1. Tendrás la oportunidad de explicar cosas que son importantes para ti.
2. Sus preguntas serán respondidas de una manera que le ayudará a comprender mejor sus necesidades de salud.
3. Si necesita ayuda de otros médicos, su equipo médico de PATHS lo apoyará en cada paso del camino.
4. Tendrá un horario de oficina conveniente para ayudarlo a obtener una cita que se adapte a sus necesidades.

C. Juntos, usted y su equipo pueden elaborar un plan solo para usted, que incluye:

1. Atención médica personalizada que satisfaga sus necesidades.
2. Seguimiento de su atención.
3. Muchas maneras de mantenerse en contacto con su equipo de atención médica.

Comprométase con su equipo de hogar médico de PATHS contratando con ellos para que participen en el equipo, ya que ellos se comprometen con usted al ser su hogar médico personalizado, brindándole todas las cosas discutidas, así como una atención de calidad basada en evidencia y apoyo para su propia autogestión de su salud y necesidades de atención médica.

Trabajar con su equipo puede mejorar la calidad de la atención médica y acortar el tiempo que se tarda en recibir esa atención. Recuerde que el hogar médico puede ser una forma de informarse e involucrarse en sus decisiones de atención médica. El hogar médico puede reunirlo a usted, a su familia y a su equipo de atención médica para ayudarlo a tomar la mejor decisión sobre su salud.