

HILLSBORO CLINIC

Excellence in Primary Care



356 SE 9th Ave
Hillsboro, OR 97213
www.HillsboroClinic.com
503.681.4366 (phone)
503.681.4374 (fax)

DR. MARC E. LEWIS DR. MEENAKSHI AGGARWAL ANNE DUNNE, DNP MELINDA SANFILIPPO, FNP

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre legal del paciente: _____
el nombre de familia los nombre de pila segundo nombre

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: Casa _____ Celular _____

Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____ M F Seguridad Social #: _____ - _____ - _____

Marque uno: Menor de edad Soltero Casado Divorcido Viudo Apartado

Nombre de la esposa: _____

Teléfono: Casa _____ Celular _____

EL EMPLEADOR

Empleador del paciente: _____ Teléfono del trabajo: _____

Ocupación: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Contacto (no vive con el paciente): _____ / _____
Relación con el paciente

Teléfono: Casa _____ Celular _____

Si el paciente es menor de 18 años - NOMBRES DE LOS PADRES y números de teléfono durante el día:

PADRE: _____

Teléfono: Casa _____ Celular _____

MADRE: _____

Teléfono: Casa _____ Celular _____

Autorización: I Padre / Madre / Tutor legal por la presente autorizo a la Oficina del médico anterior a comunicarse con la persona de contacto de emergencia mencionada anteriormente y hablar con ellos con respecto a su dirección y número de teléfono actuales. También autorizo a la Oficina del Médico anterior a proporcionar servicios médicos, incluida la cirugía, si es necesario, ya sea regular o de emergencia, según se determine que es lo mejor para los intereses de los miembros de mi familia inmediata mencionados anteriormente que son menores de edad. Esta autorización continuará y tendrá plena vigencia y efecto hasta que sea revocada por escrito.

La firma: _____ Fecha: _____

(Firma del paciente: debe estar firmada por el padre-tutor si el paciente es menor de 18 años)

HILLSBORO CLINIC

Excellence in Primary Care



356 SE 9th Ave
Hillsboro, OR 97213
www.HillsboroClinic.com
503.681.4366 (phone)
503.681.4374 (fax)

DR. MARC E. LEWIS DR. MEENAKSHI AGGARWAL ANNE DUNNE, DNP MELINDA SANFILIPPO, FNP

DATOS DE FACTURACIÓN

Seguro **primario**: _____

Nombre legal del suscriptor: _____ / _____

el nombre de familia

los nombre de pila

segundo nombre

Relación con el paciente

Dirección del suscriptor: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: Casa _____ Celular _____

Teléfono alternativo: Casa _____ Celular _____

Fecha de nacimiento: _____ M F Seguridad Social #: _____ - _____ - _____

Empleador del suscriptor: _____ Ocupación: _____

Teléfono del empleador: _____

Seguro **secundario**: _____

Nombre legal del suscriptor: _____ / _____

el nombre de familia

los nombre de pila

segundo nombre

Relación con el paciente

Dirección del suscriptor: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: Casa _____ Celular _____

Teléfono alternativo: Casa _____ Celular _____

Fecha de nacimiento: _____ M F Seguridad Social #: _____ - _____ - _____

Empleador del suscriptor: _____ Ocupación: _____

Teléfono del empleador: _____



LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN

- *Los pagos por cualquier servicio que reciba aquí en nuestra clínica son su responsabilidad. Facturaremos su seguro, pero el pago completo incluso en acciones legales, accidentes automovilísticos, consultas laborales, hijos de padres divorciados y disputas de seguros será su responsabilidad.*
- *Se requiere que todos los pacientes privados paguen en su totalidad al momento de la visita. Puede pagar con efectivo, cheque, Visa o MasterCard. Haga los arreglos necesarios para un plan de pago si es necesario con nuestra oficina de facturación.*
- *Si su plan de seguro requiere un copago, se cobrará al momento del servicio.*
- *La prueba actual de cobertura médica debe presentarse en el mostrador de recepción. No presentar la cobertura actual retrasará su cita mientras verificamos la cobertura.*
- *Los saldos de las cuentas deben pagarse dentro de los 60 días a partir de la fecha del servicio. Todos los arreglos de pago deben hacerse a través de la oficina de facturación.*
- *Pruebas externas de rayos X / laboratorio: su tratamiento médico puede requerir pruebas a través de una instalación externa. Cuando las pruebas son realizadas por una instalación externa, los cargos por estos servicios serán manejados por la instalación que realiza las pruebas.*
- *Sus resurtidos de recetas se manejarán de manera más eficiente cuando notifique a su farmacia al menos 3 días antes del final de su medicamento.*
- *Notifique a nuestra clínica con 24 horas de anticipación si debe cancelar una cita. Si no cancela una cita por adelantado, se le puede cobrar un cargo de "No presentación" de \$ 25.00. (Si no se presenta 3 veces, puede solicitarle que busque tratamiento médico en otro centro). Sea cortés con nuestros otros pacientes e infórmenos si no puede asistir a su cita. Gracias.*

Firma del paciente / parte responsable _____

Fecha: _____



RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

Entiendo que Hillsboro Clinic (referida a continuación como "Esta práctica") usará y divulgará información de salud sobre mí.

Entiendo que mi **información de salud** puede incluir información tanto creada como recibida por la práctica, puede ser en forma de registros escritos o electrónicos o palabras habladas, y puede incluir información sobre mi historial de salud, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, recetas y tipos similares de información relacionada con la salud.

Entiendo y acepto que esta práctica puede **usar y divulgar** mi información de salud para:

1. tomar decisiones y planificar mi cuidado y tratamiento;
2. referirme, consultar, coordinar y administrar junto con otros proveedores de atención médica para mi atención y tratamiento;
3. determinar mi elegibilidad para un plan de salud o cobertura de seguro, y enviar facturas, reclamos y otra información relacionada a las compañías de seguros u otras personas que puedan ser responsables de pagar parte o la totalidad de mi atención médica; y
4. realizar varias funciones de oficina, administrativas y comerciales que respaldan los esfuerzos de mi médico para brindarme, coordinar y recibir un reembolso por atención médica de calidad y rentable.

También entiendo que tengo derecho a recibir y revisar una descripción escrita de cómo Esta Práctica manejará la información de salud sobre mí. Esta descripción escrita se conoce como un **Aviso de prácticas de privacidad** y describe los usos y divulgaciones de la información de salud realizada y las prácticas de información seguidas por los empleados, el personal y otro personal de la oficina de Esta práctica, y mis derechos con respecto a mi información de salud.

Entiendo que el Aviso de prácticas de privacidad puede ser revisado periódicamente y que tengo derecho a recibir una copia de cualquier Aviso de prácticas de privacidad revisado. También entiendo que una copia o un resumen de la versión más reciente del Aviso de prácticas de privacidad de esta práctica vigente se publicará en el área de espera / recepción y estará disponible para leer en forma de cuaderno.

Entiendo que tengo derecho a solicitar que parte o la totalidad de mi información de salud no se use o divulgue de la manera descrita en el Aviso de prácticas de privacidad, y entiendo que esta práctica no está obligada por ley a aceptar tales solicitudes.

Al firmar a continuación, acepto que he revisado y entiendo la información anterior y que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad.

Por: _____ Fecha: _____
(Paciente)

- 0 -

Por: _____ Fecha: _____
(Representante del paciente)
Descripción de la autoridad del representante: _____

HILLSBORO CLINIC

Excellence in Primary Care



356 SE 9th Ave
Hillsboro, OR 97213
www.HillsboroClinic.com
503.681.4366 (phone)
503.681.4374 (fax)

DR. MARC E. LEWIS DR. MEENAKSHI AGGARWAL ANNE DUNNE, DNP MELINDA SANFILIPPO, FNP

AVISO DE RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____

Hillsboro Clinic ofrece muchos tipos diferentes de servicios médicos, incluidos exámenes, laboratorios, procedimientos quirúrgicos menores, pruebas y atención médica general. Aunque la mayoría de las compañías de seguros cubren un porcentaje de la mayoría de los servicios, hay algunas compañías de seguros que no cubren ciertos tipos de procedimientos.

Nuestro personal hace todo lo posible para ayudarlo a comprender sus beneficios de salud médica. Sin embargo, es imposible para nosotros conocer todas las políticas de todos los planes de seguro disponibles. Por lo tanto, proporcionamos este Aviso para informarle sobre las siguientes responsabilidades relacionadas con la cobertura de beneficios y las responsabilidades de pago del paciente y la Hillsboro Clinic.

Responsabilidades de la Hillsboro Clinic:

Hillsboro Clinic no es responsable de saber qué servicios están cubiertos por el plan de seguro del paciente y no es responsable de informar al paciente si un servicio en particular está cubierto. Hillsboro Clinic ayudará al paciente a obtener el pago de su compañía de seguros presentando los reclamos de seguro necesarios.

Responsabilidades del paciente:

Si es responsabilidad del paciente conocer y comprender sus propios límites y cobertura de beneficios de seguro médico. En última instancia, el paciente es responsable del pago de todos los servicios prestados por Hillsboro Clinic, y debe pagar los servicios que no estén cubiertos por la compañía de seguros del paciente.

Al firmar a continuación, reconozco y entiendo mis responsabilidades como paciente de Hillsboro Clinic y acepto que Hillsboro Clinic no es responsable de conocer los beneficios de mi seguro médico por los servicios prestados.

Firma de la parte responsable

Fecha

Thank you for choosing Hillsboro Clinic Family Practice as your primary healthcare provider. We are a competent and experienced group of health care professionals who strive to provide the best health care for you and your family. We care for patients of all ages, including newborn infants, at Hillsboro Clinic.

We address the health care needs of babies, children, teenagers and adults - physical, social and emotional. This takes time, concentration and sometimes repeat visits.

We do our best to give each patient the attention they need, and to keep waiting times as short as possible. We thank you for your patience while visiting Hillsboro Clinic Family Practice.

HOURS OF OPERATION

| | |
|-----------|-----------------|
| Monday | 7:00am - 5:00pm |
| Tuesday | 8:00am - 6:00pm |
| Wednesday | 7:00am - 5:00pm |
| Thursday | 8:00am - 6:00pm |
| Friday | 8:00am - 5:00pm |
| Saturday | closed |
| Sunday | closed |

Phones Open Mon - Fri 8:00am - 5:00 pm
(503) 681-4366*

356 SE 9th Ave Hillsboro, OR 97123

www.HillsboroClinic.com

*A medical provider is available at this number after hours for emergency calls only.

We respect the privacy rights of our patients. Information about patient rights can be found on our website under "Forms & Information".

For complaints or grievances regarding any aspect of office operations, please complete the form on our website or contact the Office Manager.

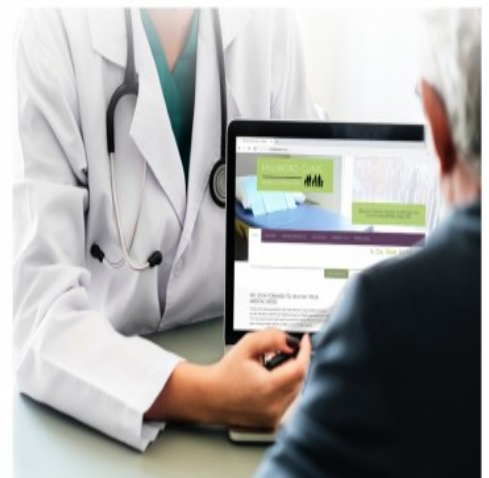
503-681-4366 ext: 206



HILLSBORO CLINIC

Excellence in Primary Care

*Serving patients in Washington County and beyond since 1995.
We look forward to helping your medical needs.*



CALL 503-681-4366

We know that you have options for health care providers, and we appreciate your trust placed with us. Our goal is to respect each patient and caregiver, and to achieve excellent health for our patients.

Dr. Marc E. Lewis, MD has been serving patients in Oregon as a board-certified family physician since 2000. He has served as Medical Staff President of Tuality Community Hospital, and chaired the Medical Executive Committee. Currently, Dr. Lewis is serving on the Tuality Health Alliance Executive Board as well as an expert witness for the Oregon Medical Board. He served on the Tuality Hospitals Board from 2008 to 2014. He has served as chair of the Tuality Hospital Quality Management Committee, and Family Practice Physician Group.



Dr. Meenakshi Aggarwal, MD trained initially and practiced in Obstetrics and Gynecology. Over the years, she was attracted to the full spectrum of care that a family physician can provide. She expanded her training by completing a three-year Family Medicine Residency at Emory University in June 2009, and brought her expertise in Gynecology and Family Medicine to Hillsboro Clinic shortly thereafter. Her areas of special interests include Women's Health and Preventive Medicine.



Anne Dunne, DNP completed her Doctorate of Nursing Practice degree through Indiana State University in 2019. Her initial nurse training was in Great Britain before she moved to the United States in 1991. Her areas of clinic experience include Neonatal Intensive Care and kidney dialysis. During her early years in the United States, she completed a Bachelors of Science and Nursing degree through the University of Phoenix. She earned her Masters of Science degree from Indiana State University in 2013. She joined the Hillsboro Clinic team in 2014. Her areas of interest include women's health and preventative care.



Melinda Sanfilippo, FNP is a board-certified Family Nurse Practitioner (FNP). She has been a licensed healthcare provider since 1976 and continues to make patients her focus. She worked in various venues such as oncology, mother/baby, hospital, rehab, assisted living, and home health. In 2003 she earned her Master's degree from the University of Phoenix in nursing along the educational and administrative track. She then went into nursing education and taught both LPNs and RNs nursing skills for over 12 years at Carrington College, Breckenridge School of Nursing and Oregon Technical Institute in Salem. In 2014 she earned her Family Nurse Practitioner certification from Graceland University.



HILLSBORO CLINIC

Excellence in Primary Care



356 SE 9th Ave
Hillsboro, OR 97213
www.HillsboroClinic.com
503.681.4366 (phone)
503.681.4374 (fax)

DR. MARC E. LEWIS DR. MEENAKSHI AGGARWAL ANNE DUNNE, DNP MELINDA SANFILIPPO, FNP

FORMULARIO DE REGISTRO DE RECLAMOS Y QUEJAS

PARTE A: REGISTRO DE QUEJA

Fecha de queja: ____ / ____ / ____

Detalles de la persona que presenta la queja:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Correo electrónico: _____

Detalles del defensor (si corresponde):

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Correo electrónico: _____

Detalles del personal o miembro del comité que registra la queja:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Correo electrónico: _____

Naturaleza de la queja:

Fecha (s) ocurridas: _____

Otras partes involucradas: _____

Detalles: _____

Detalles de las acciones ya tomadas para abordar la inquietud: _____

Registros de reuniones / llamadas telefónicas:

| Fecha | Tipo de contacto | Personas involucradas | Problemas discutidos | Decisiones tomadas |
|-------|------------------|-----------------------|----------------------|--------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Detalles de la revisión externa (si corresponde):

Nombre: _____ Organización: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Recomendaciones de revisión externa: _____

Resultados del proceso de resolución: _____

¿Se ha resuelto la queja? Sí No

| | |
|---------------------------------------|---------------------------|
| Firmas a resolución: | |
| Persona que presenta una queja: _____ | Fecha: ____ / ____ / ____ |
| Coordinador: _____ | Fecha: ____ / ____ / ____ |
| Presidente: _____ | Fecha: ____ / ____ / ____ |