



# INFORMACIÓN BÁSICA PARA PACIENTES NUEVOS

*¡Bienvenido a la Clínica Comunitaria de Rock River! Estamos agradecidos de ser su centro de atención médica primaria. Por favor, lea y cumpla con los siguientes requisitos para poder recibir una buena atención de salud en RRCC.*



## COMUNICACIÓN EFECTIVA

- Número de teléfono actualizado para recibir llamadas y mensajes de texto y recordatorios, Es usted responsable de llamar a RRCC si cambia de número telefónico
- Dirección postal actualizada, **Es usted responsable** de llamar a RRCC si cambia de dirección
- Dirección de correo electrónico actualizada (de ser el caso)



## IDENTIFICACION

- Presentar un documento de identificación válido, con fotografía
- Documento que muestre su dirección actual (factura de luz, agua, teléfono, carta sellada por el correo, etc.)
- Tarjeta de seguro medico (de ser el caso)

\*\* Para los menores de edad, un padre o tutor debe asistir a la primera cita y proporcionar una identificación con foto y un comprobante de domicilio



## RECORDATORIOS PARA SUS CITAS

- Recibirá llamadas y mensajes de texto para su citas
- Si no puede asistir a una cita, Por favor llame a RRCC o deje un mensaje de voz en español, tan pronto como sea posible
- Consulte nuestra Política de "No Presentación" referida a no asistir injustificadamente a citas programadas



## PAGO DE SUS CITAS

- La asistencia financiera está disponible para todos los pacientes a través de nuestro Programa de Descuento de Tarifas Reducidas
- De ser el caso, inscríbese en BadgerCare/Medicaid con la ayuda de nuestros Navegadores de Cuidados de Salud
- ¿Tiene seguro de salud? ¡Llámelos para verificar si RRCC y sus doctores son aceptados en la red de su seguro!



## REFERIDOS A OTROS CENTROS DE ATENCIÓN MÉDICA

- Es posible que, para su atención, sea referido a servicios de salud que se ofrecen fuera de nuestra clínica.
- Nuestro equipo de referidos médicos trabajará con usted para programar su cita y ayudarlo a solicitar cualquier programa de asistencia financiera, si fuese necesario.

## ¡Bienvenido a la Clínica Comunitaria Rock River (RRCC)!

**Clínica Médica en Whitewater:** 1461 W Main St Whitewater, WI 53190 (262) 472-6839

*Horas:* Lunes y Martes: 9am-6pm; Miércoles: 9am-3pm; Jueves y Viernes: 8am-4pm

**Clínica Médica en Watertown:** 415 South 8th St Watertown, WI 53094 (920) 206-7797

*Horas:* Lunes y Martes: 9am-6pm; Miércoles: 9am-3pm; Jueves: 8am-4pm

**Clínica Dental en Fort Atkinson:** 520 Handeyside Lane Fort Atkinson, WI 53538 (920) 563-4372

*Horas:* Lunes a Jueves: 8am-4pm

**Nuestra línea médica fuera del horario de atención es 262-472-6839, le permitirá conversar con una enfermera capacitada a través de nuestro servicio de guardia. Llame a 4 Health (las 24 horas del día). Los mensajes se pueden dejar en inglés o español.**

### Servicios Médicos

- Atención Primaria General
- Exámenes Anuales de Bienestar
- Pruebas de Diagnósticos/Laboratorio
- Lesiones Agudas o Enfermedades
- Exámenes de Salud y Bienestar de la Mujer
- Planificación Familiar
- Exámenes de Bienestar para Niños y Exámenes Físicos para Escolares
- Educación y Cuidado de la Diabetes

### Servicios de Salud Emocional

Para pacientes médicos establecidos, RRCC también ofrece servicios integrados de salud emocional en días específicos. Los servicios integrados de salud emocional lo ayudan a recibir servicios de consejería de corto plazo con un consejero capacitado, quien lo apoyará para alcanzar sus metas de tratamiento y, lo ayudará a establecer contacto con servicios de apoyo adicional, más allá de su proveedor de atención primaria.

Si bien aceptamos la mayoría de los planes de seguro de salud privados, para sus necesidades de salud médica, emocional y de conducta, asegúrese de llamar al número que aparece en la parte posterior de su tarjeta de seguro de salud para verificar si su proveedor de salud está considerado **dentro de la red de atención de RRCC**.

Aetna*	Alliance	Anthem	Chorus Community Health Plan
Humana	Icare	Medicaid/BadgerCare <sup>1</sup>	Managed Health Services*
Medicare	Molina	Quartz	United Health Care

\*Planes de seguro que no cubren nuestros servicios de salud emocional (conductual)

### Servicios de Atención Dental

- Exámenes de evaluación/limpieza
- Empastes(rellenos)
- Endodoncias
- Exámenes de detección de cáncer bucal
- Terapia periodontal
- Exámenes y radiografías
- Extracciones dentales

<sup>1</sup> En el estado de Wisconsin, Medicaid/Badgercare también es conocido como "Forward Health".

**Medicaid/BadgerCare** es el **único** seguro dental que aceptamos. Nuestro personal lo ayudará a determinar sus necesidades dentales y lo pondrá en contacto con el servicio de atención dental más adecuado.

### **Comunicación con el paciente**

La comunicación efectiva es una parte esencial para poder garantizar que reciba la mejor atención posible. Nuestro equipo en RRCC está dedicado a proporcionar una comunicación coherente y clara a nuestros pacientes y le pedimos su colaboración para proporcionarnos la misma atención. Solicitamos a todos los pacientes\*:

- Mantenga sus teléfonos celulares en servicio en todo momento
- Las funciones de correo de voz y mensajes de texto deben estar activadas y operativas,
- Mantenga su número de teléfono celular en el archivo de RRCC, infórmenos tan pronto sea posible si cambia su número telefónico

*\* Infórmele a nuestro personal si necesita asistencia o apoyo con estas tareas.*

Si se comunica con nuestro equipo fuera del horario habitual de oficina, le solicitamos que incluya los siguientes detalles en su mensaje para que nuestro equipo pueda devolverle el mensaje rápidamente: **su nombre completo, fecha de nacimiento, motivo de su llamada, la mejor manera de ponerse en contacto con usted, y las horas en que podemos comunicarnos con usted.**

### **Asistencia a citas**

La asistencia regular a sus citas garantiza que se discutan sus problemas de salud, se respondan sus preguntas y así pueda evitar que las pequeñas preocupaciones médicas se conviertan en otras más grandes. Si bien reconocemos que pueden surgir emergencias, le pedimos que haga todo lo posible para asistir a su cita programada.

El personal de RRCC enviará un mensaje de texto/llamada de confirmación una semana antes de su cita, y luego un recordatorio adicional de seguimiento 1-2 días antes de la cita. Si no puede asistir a su cita, le solicitamos que por favor nos llame lo antes posible para reprogramarla. Su comunicación asegurará que nuestro personal esté disponible para ayudar a otros pacientes que puedan necesitar ser atendidos ese día.

Si pierde una cita sin comunicarse con nuestro personal con anticipación, se considerará que "no se presentó". Para obtener mayores detalles, consulte nuestra política de "no presentación" incluida en esta carpeta.

### **Referidos de pacientes**

Si necesita servicios de atención médica que no son proporcionados por RRCC o no se pueden realizar en nuestras clínicas, el personal de RRCC lo referirá a uno de nuestros colaboradores de atención médica especializada que mejor se adapte a sus necesidades. Para la atención especializada, puede haber casos en los que usted necesitará ser referido fuera de su condado de residencia. Dependiendo de su cobertura médica, usted puede recibir una factura por el costo de estos servicios.

Si es necesario hacer un referido a otro proveedor o clínica, el personal de RRCC programará esa cita para usted. Por favor, comuníquese con el personal de RRCC sobre este tipo de citas para que nuestro personal pueda ayudarlo a completar cualquier programa de asistencia comunitaria/asistencia financiera que necesite en el centro de atención médica referido, con el fin de obtener un descuento. Si tiene preguntas sobre esa factura o no puede pagarla, comuníquese con RRCC lo antes posible para que nuestro equipo de referidos pueda trabajar para ayudarlo.

## **Programa de Asistencia con Medicamentos**

Los pacientes de RRCC tienen acceso a un posible apoyo financiero (descuento) para medicamentos recetados por nuestros proveedores de salud. Para solicitar apoyo, se debe presentar una solicitud a la compañía farmacéutica que produce su medicamento, junto con una prueba de ingresos reciente de aquellos miembros de su hogar que están empleados. El personal de RRCC trabajará con usted directamente para asegurarse de que sus documentos sean precisos y completos antes de enviarlos. El personal de RRCC no tiene control sobre el proceso de aprobación, pero lo apoyará a través de él.

## **Atención de salud accesible y de calidad**

RRCC se enorgullece de dar la bienvenida a TODOS los pacientes en nuestras clínicas médicas, independientemente de su cobertura de seguro de salud o su capacidad de pago. Las clínicas médicas de RRCC aceptan Medicare, Medicaid (BadgerCare/Forward Health), la mayoría de los planes de seguro de salud privados, y ofrecen un programa de descuento con tarifas reducidas a aquellos que no están inscritos en ningún plan de cobertura de salud.

### **Medicare y Medicaid (BadgerCare/Forward Health):**

Los pacientes con cobertura de Medicare o BadgerCare simplemente deben proporcionar los detalles del plan a RRCC en su primera cita. Por favor, asegúrese de traer a esta cita una copia de su tarjeta de seguro junto con un documento de identificación. No habrá costo de atención para aquellos pacientes inscritos en un programa de BadgerCare, compatible con la atención de salud brindada en nuestras clínicas.

**Inscríbase HOY: Inscribirse en Medicare (65 años) o BadgerCare (todas las edades) puede ahorrarle costos significativos. ¡Nuestros navegadores de atención de salud en RRCC trabajarán con usted para determinar su elegibilidad y ayudarlo a presentar su solicitud!**

Su copago, debe ser pagado en el momento del servicio, variará dependiendo de su plan de seguro. Dependiendo de su seguro privado, puede ser elegible para inscribirse también en nuestro Programa de Descuento de Tarifas Reducidas, para manejar copagos altos o costos deducibles.

### **Programa de Descuento con Tarifas Reducidas:**

Para los pacientes sin seguro, RRCC ofrece una tarifa de descuento reducida, basada en los ingresos de su hogar y el tamaño de su familia. Antes de su primera cita, se le ofrecerá la oportunidad de reunirse con un Navegador de Atención de Salud para solicitar esta asistencia financiera. Usted tendrá que proporcionar prueba de su ingreso familiar completo. Las aplicaciones son válidas por un año. Después de un año, será necesario completar una nueva solicitud para continuar con la ayuda financiera.

Cada solicitud debe incluir una prueba de ingresos reciente de cada miembro de su hogar que está actualmente empleado. Tendrá 30 días a partir de la fecha de su primera cita para proporcionar al personal de RRCC la prueba de ingresos para su hogar. Tenga en cuenta que si no puede acceder a todos los documentos requeridos, el personal de RRCC trabajará con usted para identificar y apoyar adecuadamente su solicitud.

La documentación de comprobante de ingresos incluye uno, pero no se limita a cualquiera y/o todos los siguientes documentos:

- Mínimo de 3 talones de pago más recientes que cubran por lo menos un mes de pagos
- Planilla de pagos y documento de verificación de ingresos

- Un mes de estados de cuenta bancarios que muestran depósitos de ingresos
- Último formulario de pago de impuestos, Formulario 1040 o W-2
- Autodeclaración de Ingresos

**Opciones de plan de pago:**

Para cualquier factura superior a \$20, le invitamos a establecer un plan de pago con nuestro equipo financiero. Los pagos pueden configurarse en cuotas automáticas o pagarse según sea posible mensualmente. Para mantener un plan de pago activo, la cantidad de pago acordada debe ser pagada cada mes con un mínimo de \$10 para continuar recibiendo atención.



# MEET YOUR RRCC MEDICAL PROVIDERS

With decades of experience in patient care, our RRCC medical providers are equipped to meet the full needs of everyone who calls RRCC their healthcare home.

## EXPERT TEAM

- Qualified Doctors
- Highly-skilled Nurse Practitioners
- Experienced Nursing Staff
- Compassionate Care Navigators
- Experienced Support Staff
- Bilingual Team Members



**DR. DONALD WILLIAMS, MD**  
Medical Director

Whitewater Clinic

48 years of experience

Enjoys fly fishing & woodworking



**MARY BECK METZGER, APNP**  
Nurse Practitioner

Watertown clinic  
Whitewater clinic

24 years of experience

Enjoys camping & gardening



**DR. MICHAEL GRAJEWSKI, MD**  
Family Doctor

Watertown Clinic

40 years of experience

Enjoys bicycling & running



**ELIZABETH STEVENSON, APNP**  
Nurse Practitioner

Whitewater Clinic

9 years of experience

Enjoys DJing techno parties



**Whitewater Medical Clinic**  
1461 W. Main Street  
Whitewater, WI 53190  
262.472.6839

**Watertown Medical Clinic**  
415 S. 8th Street  
Watertown, WI 53094  
920.206.7797



# SU SOCIO DE HOSPITAL

En Rock River Community Clinic, trabajamos en estrecha colaboración con nuestros socios de hospital para asegurar que usted tenga acceso a la atención que necesita. Desde análisis de laboratorio hasta atención especializada, RRCC le ayudará a ponerse en contacto con el sistema de hospital apropiado, basado en la comunidad en la que vive.

**Los pacientes deben residir dentro del área de servicio del hospital para recibir asistencia financiera.**



Watertown Regional Medical Center	
Ciudad	Código postal
Watertown	53094 53098
Waterloo	53594
Lake Mills	53551
Johnson Creek	53038
Ixonia	53036
Reeseville	53579

Fort Memorial Hospital/ Fort Healthcare	
Ciudad	Código postal
Fort Atkinson	53538
Jefferson	53549
Cambridge	53523
Palmyra	53156
Helenville	53137
Whitewater	53190

**¿Preguntas? ¡Hable con nuestro equipo de referencias hoy!**

**Whitewater Medical Clinic**  
1461 W. Main Street  
Whitewater, WI 53190  
262.472.6839

**Watertown Medical Clinic**  
415 S. 8th Street  
Watertown, WI 53094  
920.206.7797

# HEALTH HISTORY (Historia de salud)



**ROCK RIVER**  
COMMUNITY CLINIC

Appointment Date: \_\_\_\_\_

Provider: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Please complete this form as accurately as possible. (Por favor, complete este formulario con la mayor precisión posible)

Patient Name (Nombre del paciente) \_\_\_\_\_

Date (Fecha): \_\_\_\_\_ Phone Number (Número de teléfono): \_\_\_\_\_

Address (Dirección): \_\_\_\_\_

Date of Birth (Fecha de nacimiento) \_\_\_\_\_ Age (Edad) \_\_\_\_\_ Guardian (Tutor legal): \_\_\_\_\_

## Medical History (Historia de salud)

Check all the conditions that apply to you (Marque todos los problemas de salud que tenga).

<b>HEART CORAZÓN</b>	<input type="checkbox"/> High blood pressure Presión alta	<input type="checkbox"/> Chest pain Dolor en el pecho	<b>LUNGS PULMONES</b>	<input type="checkbox"/> Asthma Asma
	<input type="checkbox"/> High cholesterol Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Heart surgery Cirugía del corazón		<input type="checkbox"/> Tuberculosis
	<input type="checkbox"/> Heart attack Ataque al corazón			<input type="checkbox"/> Shortness of breath Dificultad para respirar
<b>OTHER OTRO</b>	<input type="checkbox"/> Stroke Ataque	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Liver trouble Problemas hepáticos	<input type="checkbox"/> Thyroid Tiroides
	<input type="checkbox"/> Blood Clot Coágulo sanguíneo	<input type="checkbox"/> Recurrent bladder infections Infecciones vesicales recurrentes	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Stomach pain/ulcer Dolor/Úlcera de estómago
	<input type="checkbox"/> Kidney trouble Problemas renales	<input type="checkbox"/> Arthritis Artritis	<input type="checkbox"/> Arthritis Artritis	<input type="checkbox"/> Cancer Cáncer

**Current Medications** (Include blood thinners and over the counter medications such as aspirin, antacid, etc)

**Medicamentos que está tomando** (incluya anticoagulantes y medicamentos como la aspirina, antiácidos, etc.)

\_\_\_\_\_

Are you allergic to any medications?(¿Es alérgico a algún medicamento?) YES / SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

If YES, name the medication(s) and describe the reaction. (En caso afirmativo, nombre el medicamento y describa la reacción.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**List any** (Enumere las condiciones de salud que se apliquen en su caso)

Past surgeries - Cirugías en el pasado \_\_\_\_\_

Chronic Illness - Enfermedades crónicas \_\_\_\_\_

Cancer treatment - Tratamiento del cáncer \_\_\_\_\_

Past fractures or injuries - Heridas o fracturas \_\_\_\_\_



See backside (Vea la página posterior)



## Family History (Historia familiar)

Have you or a family member had - Usted o algún miembro de su familia ha tenido

	Yes - Sí	No	Relationship to you (Relación con usted)	What type (Qué tipo)
High blood pressure Presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Heart attack Ataque al corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Heart failure Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cancer Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mental health diagnosis Diagnóstico de salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

## Health Behavior (Comportamiento de salud)

	Yes(Sí)	No					
Do you drink alcoholic beverages? (¿Consumes bebidas alcohólicas?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1-2 times/year (1-2 veces/año)	1-2 times/month (1-2 veces/mes)	1-2 times/week (1-2 veces/semana)	3-5 times/week (3-5 veces/semana)	Daily (A diario)
Do you use products that contain nicotine? (¿Utilizas productos que contienen nicotina?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cigarettes (cigarrillos)	Chewing tobacco (mascando tabaco)	Vape (vapear)	e-cigarettes (cigarrillos electrónicos)	
Do you use recreational drugs? (¿Usa drogas recreativas?) e.g. Marijuana (por ejemplo marihuana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Do you feel safe in your home? (¿Te sientes seguro en tu casa?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Is anyone harming you? (¿Alguien te está haciendo daño?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

## General Health (Salud general)

Last physical exam? ¿Último examen físico? **Date/Fecha** \_\_\_\_\_

Last dental exam? ¿Último examen dental? **Date/Fecha** \_\_\_\_\_

Have you been screened for colon cancer? ¿Le han hecho pruebas de detección de cáncer de colon?

Have you had any immunizations? ¿Ha recibido alguna vacuna?

Can you provide a copy of your immunization record?

¿Puede proporcionar una copia de su registro de vacunación?

Are you visiting from another country? ¿Estás de visita desde otro país?

How long have you been in the USA? ¿Cuánto tiempo llevas en Estados Unidos? \_\_\_\_\_

## Women's Health (Salud de la mujer)

Are you/could you be pregnant? ¿Estás o podrías estar embarazada?

Are you taking any form of birth control? ¿Está usando algún tipo de método anticonceptivo?

Have you ever had a mammogram? ¿Alguna vez te has hecho una mamografía?

Last PAP/pelvic exam? ¿Último examen Papanicolaou? \_\_\_\_\_

To the best of my knowledge, the information above is accurate.  
La información brindada es correcta a mi mejor saber y entender.

Patient Signature (Firma del paciente el día de hoy) \_\_\_\_\_



**AUTHORIZATION TO RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION**  
(TO OBTAIN INFORMATION FROM ANOTHER SOURCE)

**PATIENT INFORMATION:**

**AUTHORIZES DISCLOSURE BY:**

Name of Patient/Previous Names \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

Name of Health Care Provider/Plan/Other \_\_\_\_\_

Street Address \_\_\_\_\_

Street Address \_\_\_\_\_

City, State, Zip \_\_\_\_\_

City, State, Zip \_\_\_\_\_

Phone Number \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**FOR THE FOLLOWING DATES:**

**DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION TO:**

**Rock River Community Clinic**  
1461 W. Main Street STE B  
Whitewater, WI 53190  
P: 262-472-6839 F: 262-472-6802

**INFORMATION TO BE DISCLOSED:** *Identify below the specific information you are authorizing to be disclosed.*

- Hospital Records                       ED Report (last 3)                       Patient Demographics
- Specialty Clinic notes                       Lab Report (3 years)                       Current medication and allergy list
- Progress report (past year)                       Radiology Report                       Healthcare Power of Attorney

**DISCLOSURES REQUIRING SPECIAL CONSENT:** *In compliance with Federal/Wisconsin Statutes, which require special permission to disclose otherwise privileged information, I am authorizing that the following information also be disclosed: Check that apply.*

- Drug/Alcohol Abuse/Treatment                       HIV/AIDS                       Mental Health/Behavioral Health Conditions

**PURPOSE FOR DISCLOSURE:** *Please provide specific purpose for disclosure or check applicable category.*

- Continue Care                       Disability Determination                       Legal                       Workers Compensation
- Transfer to New Provider                       Insurance/Claim Purposes                       Vocational Rehab.

**YOUR RIGHTS WITH RESPECT TO THIS AUTHORIZATION**

**Right to Inspect or Receive a Copy of the Health Information to Be Used or Disclosed** -- I understand that I have the right to inspect or receive a copy (may be provided at a reasonable fee) of the health information I have authorized to be used or disclosed by this authorization form. **Right to Receive a Copy of This Authorization** -- I understand that if I agree to sign this authorization, I may receive a copy. **Right to Refuse to Sign This Authorization** -- I understand that I am under no obligation to sign this form and that Rock River Community Clinic may not condition treatment, payment, enrollment, in a health plan or eligibility for health care benefits on my decision to sign this authorization except regarding a) research related treatment, b) health plan enrollment or eligibility, c) the provision of health care is solely for the purpose of creating PHI for disclosure to a third party. **Right to Withdraw This Authorization** -- I understand that I have the right to withdraw this authorization at any time by providing a written statement of withdrawal to Rock River Community Clinic's Health Information Department. I am aware that my withdrawal will not be effective as to uses and/or disclosures of my health information that the person(s) and/or organization(s) listed above have already made in reference to this authorization. I understand that information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure and no longer protected by the Federal privacy standards. **HIV Test Results:** I understand my HIV test results may be released without authorization to persons/organizations that have access under State laws and a list of those persons/organizations is available upon request. **WI Statutes 5130 and 252.15** requires patient authorization to disclose health information for payment purposes. **Copy of Facsimile (FAX) Valid as an Original.**

This information has been disclosed to you from records protected by Federal (42 CFR Part 2) and Wisconsin (51.30) confidentiality rules. The Federal rules prohibit you from making any further disclosure of this information unless further disclosure is expressly permitted by the written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 CFR part 2. A general authorization for the release of medical or other information is NOT sufficient for this purpose. The Federal rules restrict any of information to criminally investigate or prosecute any alcohol or drug abuse patient.

Expiration Date: This authorization is good until the following dates \_\_\_\_\_ or 1 year from the date signed.

Signature of Patient/Legal Rep: _____	Relationship to Patient: _____	Date: _____
RRCC Employee Witness: _____		Date: _____

RELEASE BY:     US MAIL     FAX:

New Patient Appointment:

**STAT**