



capitalhealth

capitalhealth.org

Pacientes internacionales

Pasos para su atención

Si usted es un paciente proveniente de otro país que no sea Estados Unidos (EE.UU.), deberá seguir estos pasos si desea obtener una cita para que lo examinen o lo atiendan en un hospital Capital Health

1. **Formulario de ingreso:** debe proporcionar un formulario de ingreso para pacientes internacionales completo a Capital Health.
2. **Historia clínica (archivos médicos):** se le solicitará que envíe la historia clínica completa del paciente (con todas sus partes traducidas al inglés). Si fuera necesario, Capital Health puede brindarle ayuda para realizar la traducción por un determinado costo.
3. **Costo para evaluar la condición médica:** el paciente será contactado por uno de nuestros representantes en relación con el costo para que nuestros médicos evalúen su caso.
4. **Evaluación del equipo médico:** según la información y la historia clínica que se proporcionen a Capital Health, nuestros médicos brindarán un diagnóstico preliminar y sugerirán recomendaciones con respecto a la evaluación y al tratamiento. Capital Health también proporcionará una estimación del costo de los servicios previstos.
5. **Concertación de una cita:** en caso de que el paciente quiera recibir una evaluación o un tratamiento más exhaustivos en las instalaciones de Capital Health, el equipo trabajará junto con el paciente/la familia y nuestras clínicas médicas para concertar una cita o definir el calendario del tratamiento.
6. **Coordinación del pago:** el pago de los servicios que se recibirán en las instalaciones debe realizarse antes de la visita y no es reembolsable. Uno de nuestros representantes se pondrá en contacto con usted para hacer un acuerdo de pago. Se le enviará una carta de confirmación de la cita al paciente/familia.

☐ Capital Health Regional Medical Center
750 Brunswick Avenue
Trenton, New Jersey 08638
609 394 6000

☐ Capital Health Medical Center – Hopewell
One Capital Way
Pennington, New Jersey 08534
609 303 4000

☐ Capital Health – Hamilton
1445 Whitehorse-Mercerville Road
Hamilton, New Jersey 08619
609 588 5050



FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE PACIENTE INTERNACIONAL

Información de contacto

Nombre del paciente:

(Apellidos) (Nombre) (Segundo nombre)

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F
mes / día / año

Dirección en el extranjero:

Teléfono: _____ Fax: _____

Celular: _____ Correo electrónico: _____

Persona de contacto en EE.UU. (si tuviera)

Nombre de la persona de contacto: _____
Relación: _____

Dirección:

Teléfono: _____ Fax: _____

Celular: _____ Correo electrónico: _____

INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE

Diagnóstico o principales motivos de consulta:

Adjunte copias de todos los archivos médicos/historias clínicas (traducidos al inglés), análisis de sangre y procedimientos de diagnóstico por imágenes. Si fuera necesario, Capital Health puede brindarle ayuda para realizar la traducción por un determinado costo.

Requisitos especiales para la cita/disponibilidad del paciente

Servicios solicitados

Indique si el paciente o los familiares requieren ayuda con alguno de estos puntos:

Servicios de interpretación Sí No Si respondió Sí, indique el idioma _____

Alojamiento Sí No Si respondió Sí, indique el intervalo de precios _____

Transporte desde el aeropuerto Sí No Si respondió Sí, indique la información del vuelo y la cantidad de pasajeros _____

Indique cualquier solicitud/necesidad especial que pudiera tener el paciente (**adjunte páginas adicionales según sea necesario**):

Información de derivación

¿Quién lo derivó a nosotros? (**indique el nombre, su relación y la información de contacto**)

¿Cómo nos conoció? (**seleccione todas las opciones que correspondan**)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Derivación médica | <input type="checkbox"/> Familiar | <input type="checkbox"/> Sitio web |
| <input type="checkbox"/> Amigo | <input type="checkbox"/> Medios de comunicación
(radio, televisión, diario, revista) | <input type="checkbox"/> Otro: (especifique) _____ |

POLÍTICA FINANCIERA PARA PACIENTES INTERNACIONALES

1. Se le proporcionará una estimación de los cargos por escrito tan pronto como esté disponible el plan de tratamiento.
2. Se debe realizar el pago antes de recibir los servicios. El depósito inicial será del 100% de nuestra estimación de los cargos totales.
3. Se espera que todos los pagos se realicen en dólares estadounidenses. Capital Health acepta tarjetas VISA, MasterCard y American Express. Durante el transcurso del tratamiento, se cobrarán costos adicionales si los servicios están fuera del alcance del tratamiento recomendado y del plan de administración.
4. Se completará un estado de cuenta final y se le enviará 45 días después de que termine el tratamiento.

El abajo firmante certifica que ha leído lo anterior y acepta estos términos

Paciente o representante

Fecha