

Methodist Medical Group

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre	Fecha de nacimiento	Sexo	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono particular	Trabajo	Celular	
Dirección de correo electrónico		Número de seguro social	
Farmacia preferida (Nombre/Dirección/Número de teléfono):			
Nombre y dirección del empleador:		Estado de estudiante: <input type="radio"/> Tiempo completo <input type="radio"/> Tiempo parcial <input type="radio"/> N/C	
Raza <input type="radio"/> Negro/afroamericano <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Caucásico <input type="radio"/> Hispano o latino <input type="radio"/> Otro (<i>especifique</i>)			
Origen étnico: <input type="radio"/> Hispano o latino <input type="radio"/> No hispano <input type="radio"/> Se niega a decirlo		Estado civil <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Viudo	
Idioma principal que se habla en la casa <input type="radio"/> Inglés <input type="radio"/> Español <input type="radio"/> Otro (defina):			Veterano <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE/GARANTE SI DIFIERE DE LA ANTERIOR			
NOMBRE	Fecha de nacimiento	Parentesco con el paciente	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	Particular/celular	Trabajo	Número de seguro social:
SEGURO PRINCIPAL			
Nombre de la compañía de seguro			Número de teléfono
Número de póliza/Número de identificación del miembro		Número de grupo	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del asegurado	Fecha de nacimiento	Parentesco con el paciente <input type="radio"/> Es el paciente <input type="radio"/> Esposo/a <input type="radio"/> Padre/Madre <input type="radio"/> Otro	
SEGURO SECUNDARIO, SI CORRESPONDE			
Nombre de la compañía de seguro			Número de teléfono
Número de póliza/Número de identificación del miembro		Número de grupo	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del asegurado	Fecha de nacimiento	Parentesco con el paciente <input type="radio"/> Es el paciente <input type="radio"/> Esposo/a <input type="radio"/> Padre/Madre <input type="radio"/> Otro	
¿CÓMO SE ENTERÓ ACERCA DE NOSOTROS?			
<input type="radio"/> Paciente actual (<i>especifique</i>) _____ <input type="radio"/> Referencia de un familiar(<i>especifique</i>) _____ <input type="radio"/> Seguro <input type="radio"/> Cartel/pasó por la puerta con el auto <input type="radio"/> Empleado <input type="radio"/> Correo directo <input type="radio"/> Referencia del hospital <input type="radio"/> Internet <input type="radio"/> Revista Living <input type="radio"/> Otro _____			
¿Con qué laboratorio ha firmado un contrato su compañía de seguro? <input type="radio"/> LabCorp <input type="radio"/> Quest <input type="radio"/> CPL <input type="radio"/> Otro (defina): _____ Tenga en cuenta que podemos realizar extracciones en el consultorio; no obstante, es su responsabilidad saber con qué laboratorio tiene contrato su compañía de seguro. Comuníquese con su compañía de seguro antes de realizarse la extracción de sangre para asegurarse de que cubrirá los análisis para los códigos de CPT correspondientes. No tenemos ninguna responsabilidad ante facturas de terceros relacionadas con servicios prestados.			

Certifico que he analizado detenidamente este documento, lo comprendo y lo he completado de forma honesta.

Firma del paciente o tutor (parentesco con el paciente, si no firma el paciente)

Fecha



Política financiera

1. Autorización para revelar información:

Autorizo a **METHODIST MEDICAL GROUP** a suministrar la información solicitada de los registros médicos y otros registros del paciente a: (1) cualquier compañía de seguros o tercero pagador con el fin de obtener pagos en nombre de (1) **METHODIST MEDICAL GROUP**, (2) cualquier otra persona u entidad responsable financieramente de la atención o el tratamiento del paciente y (3) representantes de organismos locales, estatales o federales de conformidad con la ley. Tal información puede incluir, a modo de ejemplo, información sobre enfermedades contagiosas como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (“SIDA”). Autorizo la revelación de información o la revisión de los registros del paciente para los fines de llevar a cabo auditorías médicas, revisiones de utilización o revisiones de control de calidad.

2. Cesión de beneficios:

Hemos realizado arreglos previos con muchas compañías de seguros para aceptar una cesión de beneficios. Esto significa que facturaremos a aquellos planes con los que tengamos un acuerdo y usted solo deberá pagar el copago autorizado en el momento del servicio. Es su responsabilidad pagar cualquier monto de deducible, coseguro o cualquier otro saldo no pagado por su seguro en el momento del servicio.

Si esta cuenta es asignada a un abogado para cobranza y/o juicio, la parte vencedora tendrá derecho al pago de los honorarios razonables del abogado por los costos de cobranza.

Entiendo que soy responsable de proporcionar a **METHODIST MEDICAL GROUP** toda la información sobre el seguro en el momento del registro para permitir la verificación de los beneficios e, independientemente de los beneficios de mi seguro cedidos, soy responsable del total de los cargos por los servicios prestados.

Por el presente, cedo todos los beneficios médicos y/o quirúrgicos, que incluyen los beneficios médicos importantes a los cuales tengo derecho, incluido Medicare, seguro privado y otros planes de salud a **METHODIST MEDICAL GROUP**. Esta cesión permanecerá en vigencia hasta que la revoque por escrito. Una fotocopia de esta cesión se considerará tan válida como el documento original. Entiendo que en caso de que mi plan de salud determine que “no cubre” un servicio, yo seré responsable de pagar todos los cargos aceptables no cubiertos. Por el presente, autorizo al mencionado cesionario a revelar toda la información necesaria para asegurar el pago.

3. Cesión de beneficios de Medicare/Medicaid: (No complete a menos que reciba beneficios de atención médica de Medicare/Medicaid)

a. Certifico que la información que proporcioné para solicitar el pago conforme al Título XVII de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo la revelación de información sobre mí a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios o compañías aseguradoras, así como también cualquier información necesaria para presentar un reclamo de Medicare. Solicito que se realice dicho pago de beneficios autorizados en mi nombre: Cedo los beneficios pagaderos por servicios al médico u organización que presenta un reclamo a Medicare por mí. **Iniciales** _____

b. Entiendo que los beneficiarios de Medicaid son responsables de pagar cualquier atención o servicio médico que reciban y que esté más allá del monto, la duración y/o el alcance del Programa Texas Medicaid, según lo dispuesto por el Departamento de Medicaid o su agencia de seguros de salud. Todos los pagos de servicios no cubiertos se deben efectuar al finalizar cada visita al consultorio a menos que se hayan realizado arreglos de pago con anterioridad. **Iniciales** _____

Firma del paciente o tutor (y parentesco si no es el paciente)

Fecha _____

Testigo

Paciente menor de 18 años de edad

Traductor (Nombre en letra de imprenta)

Traductor (Firma)

Preferencia del paciente respecto de la comunicación de información médica

Para proteger mejor su privacidad según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), hemos creado este formulario de consentimiento para revelar información médica a familiares y otras personas a su elección. Esto también se usará para obtener el consentimiento para dejarle mensajes detallados a los números de teléfono indicados a continuación, enviarle los resultados de laboratorio a su casa por correo y también enviarle los resultados de laboratorio a su dirección de correo electrónico de forma segura una vez inscrito en NextMD. Por ley, no se nos permite revelar información médica a los familiares del paciente sin el consentimiento por escrito del paciente. El propósito de este documento es proteger su privacidad.

Comunicación a familiares, cónyuges u otros:

Por el presente, yo, (nombre del paciente en letra de imprenta) _____, fecha de nacimiento _____, doy mi permiso para la revelación de información médica con respecto a citas y preguntas sobre mi afección y tratamiento a la siguiente persona:

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

Contacto solo para casos de emergencia: (S/N) _____

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

Contacto solo para casos de emergencia: (S/N) _____

___ Marque aquí si no da su permiso para que otros familiares, parientes o amigos personales íntimos tengan acceso a cualquier información con respecto a su afección médica.

Comunicación para recordatorios de citas y seguimientos de citas:

Es posible que en Methodist Medical Group (MMG) usemos su nombre, número de teléfono, dirección de correo electrónico (“Información de contacto”) y sus registros clínicos para comunicarse con usted y transmitirle recordatorios de citas e información sobre alternativas de tratamiento. Si esta comunicación se realiza por teléfono y usted no está disponible, se le dejará un mensaje en el correo de voz o a la persona que atiende el teléfono. Al firmar este formulario, acepta que MMG se comunique con usted para transmitirle recordatorios de citas e información y para dejarle mensajes por correo de voz o a alguna persona de su hogar. La información que usamos o revelamos a partir de este consentimiento es posible que vuelva a ser divulgada por cualquier persona que tenga acceso al recordatorio y deje de estar protegida por las normas federales de privacidad.

Usted tiene derecho a no otorgar su consentimiento a MMG para usar su número de teléfono o su dirección de correo electrónico para recibir recordatorios de citas y alternativas de tratamientos. Si acepta otorgar su consentimiento, usted tiene derecho a revocarlo, por escrito, en cualquier momento en el futuro. Si no acepta otorgar este consentimiento a MMG o lo revoca en el futuro, esto no afectará el tratamiento que le brindamos.

ACEPTO las siguientes formas de comunicación para recibir recordatorios de citas y comunicaciones de seguimiento (*coloque sus iniciales en todas las opciones que corresponda*): _____ Correo electrónico (si corresponde) _____ Teléfono

_____ Mensaje de texto (si corresponde)¹ _____ Portal seguro para el paciente que se usará en la forma descrita anteriormente.

Dirección de correo electrónico preferida _____ Número de teléfono preferido _____

Si aceptó recibir comunicaciones a través del portal seguro para el paciente, recibirá notificaciones por correo electrónico cuando haya información segura para que consulte, como resultados de laboratorio. El correo electrónico le proporcionará un enlace que usará para acceder al sitio web seguro. Después de hacer clic en el enlace, deberá iniciar sesión y proporcionar su nombre de usuario y contraseña únicos.

Al elegir su dirección de correo electrónico, considere las repercusiones de privacidad; por ejemplo, cualquier otra persona que pueda tener acceso a su correo electrónico o cualquier otra persona, como su empleador, que pueda tener derecho y/o capacidad de revisar todo correo electrónico recibido en su dirección del trabajo.

___ (coloque sus iniciales). No acepto otorgar mi consentimiento a MMG para usar mi información de contacto y mis registros clínicos para comunicarse conmigo y transmitirme recordatorios de citas e información sobre alternativas de tratamiento.

Entiendo que es posible que deba programar una cita de seguimiento con el médico para que controle los resultados de mis pruebas; de lo contrario, recibir sus resultados por correo podría demorar hasta 10 días hábiles.

Consentimiento y acuerdo He revisado atentamente este documento y acepto cumplir plenamente los lineamientos aquí definidos para la comunicación de mi información médica.

Firma del paciente o tutor

Fecha

1 Tenga en cuenta que el servicio de mensajes de texto es un servicio sin cargo proporcionado por MTP, pero es posible que se apliquen las tarifas de mensajería estándar de su proveedor de telefonía móvil. Si tiene alguna pregunta, consulte con su proveedor.



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____ Teléfono particular: _____ Teléfono laboral: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: ____ Número de seguro social: _____

Número de cuenta: _____ Fecha de la última visita: _____

Médico consultado: _____

1. Autorizo el uso o la divulgación de la información médica del paciente, según lo descrito a continuación.

2. Las siguientes personas u organizaciones están autorizadas a realizar la divulgación:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

3. El tipo y la cantidad de información para usar o divulgar es la siguiente: (Marque)

- ___ Registro médico entero ___ Procedimientos quirúrgicos ___ Informe de patología
___ Ecocardiograma ___ Antecedentes y exámenes físicos ___ Informes de radiografías/imágenes ___ Película
radiográfica ___ Informes de laboratorio
___ Otro (describa) _____

4. Entiendo que la información del registro médico del paciente puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede contener información acerca de servicios de salud mental o conductual o sobre tratamientos para el abuso de alcohol o drogas.

5. Esta información puede ser divulgada a las siguientes personas u organizaciones, o usada por estas (incluya el nombre y la dirección de la persona u organización):

6. Esta información se divulga con los siguientes fines: _____

7. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que para revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación en Methodist Medical Group, 3400 W. Wheatland Rd, Suite 453, Dallas, TX 75237. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya haya sido revelada en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le conceda el derecho a impugnar una reclamación conforme a mi póliza.

8. Salvo que sea revocada, esta autorización caducará en la siguiente fecha o ante el siguiente evento o afección:

Esta autorización caducará 12 meses después de la fecha en que se firmó.

9. Entiendo que mi tratamiento, pago o elegibilidad para reclamar a la compañía de seguros no estará sujeto a la compleción y la firma de este formulario.

10.

11. Entiendo que una vez que la información sea divulgada conforme a esta autorización, es posible que vuelva a ser divulgada por el destinatario y la información deje de estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.

12. Entiendo que recibiré una copia de este formulario de autorización después de firmarlo.

Firma del paciente/tercero responsable o representante legal Fecha _____

Si firma el representante legal, indique el parentesco con el paciente Fecha _____

Firma del testigo Fecha _____

Sexo M/F

Estado civil S C V D Sep.

Motivo de la visita _____

Cuándo fue su última vacuna contra el tétano: _____ ¿Se vacunó contra la gripe este año? Sí No

Antecedentes médicos (Marque todo lo que corresponda)

Enfermedades infantiles	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Paperas	<input type="checkbox"/> Escarlatina	<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Poliomielitis	<input type="checkbox"/> Sarampión
Antecedentes del paciente	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Migraña
<input type="checkbox"/> Úlceras	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Enfermedad mental
<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Otros (detállelos)					

Alergias a fármacos: _____

Medicamentos actuales (incluidos suplementos y medicamentos sin receta): _____

Última visita al médico _____ **Nombre del médico** _____

Hospitalizaciones _____

Cirugías _____

Antecedentes sociales

Ocupación _____ Horas/semana: _____ Satisfecho con el trabajo: _____

Alcohol _____ bebidas por semana. Café/té _____ tazas/día

Tabaco: Fumar _____ cigarrillos/día. Cant. de años: _____. Año en que dejó de fumar: _____

Mascar tabaco _____ latas/semana. Cant. de años: _____. Año en que dejó de mascar tabaco: _____

Drogas de uso recreativo _____ Última vez que usó: _____

¿Sigue una dieta en particular? (explique) _____

¿Hace ejercicio con regularidad? _____

Antecedentes familiares: (Si cualquier familiar ha sufrido cualquiera de las siguientes afecciones, marque e indique cuál familiar)

P: Padre. M: Madre. He: Hermano. Hi: Hijo. O: Otro familiar.

Diabetes	P M He Hi O	Enfermedad tiroidea	P M He Hi O	Alcoholismo	P M He Hi O
Hipertensión	P M He Hi O	Enfermedad cardíaca	P M He Hi O	Artritis	P M He Hi O
Asma	P M He Hi O	Colesterol alto	P M He Hi O	Convulsiones	P M He Hi O
Anemia	P M He Hi O	Osteoporosis	P M He Hi O	Glaucoma	P M He Hi O
Accidente cerebrovascular	P M He Hi O	Migraña	P M He Hi O	Cáncer	P M He Hi O

Historia clínica n.º _____ Revisada por _____ Fecha _____

General	Seno	Cardíaco	Neurológico
<input type="checkbox"/> Fiebre o escalofríos	<input type="checkbox"/> Sensibilidad	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza
<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Secreción	<input type="checkbox"/> Tobillos hinchados	<input type="checkbox"/> Mareos
		<input type="checkbox"/> Pulso irregular	<input type="checkbox"/> Convulsiones
Nutricional	Respiratorio	<input type="checkbox"/> Dolor en las piernas al caminar	<input type="checkbox"/> Entumecimiento u hormigueo
<input type="checkbox"/> Pérdida de peso	<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Sopro cardíaco	<input type="checkbox"/> Temblores
	<input type="checkbox"/> Falta de aire	<input type="checkbox"/> Várices	<input type="checkbox"/> Debilidad muscular
Piel	<input type="checkbox"/> Asma/sibilancia	<input type="checkbox"/> Flebitis	<input type="checkbox"/> Desmayo
<input type="checkbox"/> Erupción cutánea/urticaria	<input type="checkbox"/> Neumonía		
<input type="checkbox"/> Psoriasis/eccema	<input type="checkbox"/> Bronquitis	Urinario	Endocrino
<input type="checkbox"/> Lunares nuevos		<input type="checkbox"/> Dolor al orinar	<input type="checkbox"/> Intolerancia al calor o al frío
	Gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Pérdida de control de esfínteres	<input type="checkbox"/> Sed
Ojos	<input type="checkbox"/> Acidez estomacal	<input type="checkbox"/> Micción frecuente	<input type="checkbox"/> Micción frecuente
<input type="checkbox"/> Irritación y picazón de los ojos	<input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos	<input type="checkbox"/> Micción >2 veces por noche	
<input type="checkbox"/> Dolor en los ojos	<input type="checkbox"/> Pérdida del apetito	<input type="checkbox"/> Disminución de la fuerza o el movimiento	Psiquiátrico
<input type="checkbox"/> Infecciones oculares	<input type="checkbox"/> Dificultad para tragar	<input type="checkbox"/> Sangre en la orina	<input type="checkbox"/> Dificultad para dormir
<input type="checkbox"/> Cambios en la visión	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal (crónico)	<input type="checkbox"/> Cálculos renales	<input type="checkbox"/> Depresión
	<input type="checkbox"/> Cambio en los hábitos intestinales	<input type="checkbox"/> Infecciones en la orina	<input type="checkbox"/> Nerviosismo
Oídos	<input type="checkbox"/> Estreñimiento		<input type="checkbox"/> Pérdida de la memoria
<input type="checkbox"/> Dolor de oídos	<input type="checkbox"/> Diarrea	Genital	<input type="checkbox"/> Cambios en el estado de ánimo
<input type="checkbox"/> Chasquidos - presión	<input type="checkbox"/> Heces con sangre o alquitranadas	<input type="checkbox"/> Irritación/infección	<input type="checkbox"/> Enfermedad mental
<input type="checkbox"/> Zumbidos en los oídos	<input type="checkbox"/> Problemas de la vesícula biliar	<input type="checkbox"/> Secreción	<input type="checkbox"/> Fobias
<input type="checkbox"/> Infecciones de oído (frecuente)	<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Dificultades sexuales	
<input type="checkbox"/> Pérdida de la audición	<input type="checkbox"/> Hepatitis		Hematología
<input type="checkbox"/> Mareos	<input type="checkbox"/> Diverticulitis	Musculoesquelético	<input type="checkbox"/> Hematomas
	<input type="checkbox"/> Colitis	<input type="checkbox"/> Dolor articular	<input type="checkbox"/> Sangrado
Nariz	<input type="checkbox"/> Hemorroides	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda	<input type="checkbox"/> Transfusiones de sangre (de por vida)
<input type="checkbox"/> Problemas en los senos	<input type="checkbox"/> Hernia	<input type="checkbox"/> Fractura ósea	<input type="checkbox"/> Agrandamiento de los ganglios linfáticos
<input type="checkbox"/> Secreción nasal fluida		<input type="checkbox"/> Lesión articular	
		<input type="checkbox"/> Gota	Alergias/sistema inmunitario
Garganta		<input type="checkbox"/> Dolor en los pies	<input type="checkbox"/> Alergias estacionales
<input type="checkbox"/> Dolor de garganta		<input type="checkbox"/> Pies fríos/entumecidos	<input type="checkbox"/> Enfermedades frecuentes
<input type="checkbox"/> Ronquera			

MUJERES

Flujo menstrual	
<input type="checkbox"/> Regular Días de flujo Duración de los ciclos	
<input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Dolor/sangrado durante o después de las relaciones sexuales	
<input type="checkbox"/> Dolor/calambres	
Antecedentes obstétricos	
Cantidad de embarazos Cantidad de hijos	
Método anticonceptivo Abortos espontáneos	
Nombre de las píldoras anticonceptivas	
Síntomas de la menopausia	
Rubor	
Mantenimiento de la salud	
Fecha de la última prueba de Papanicolau normal/anormal	
Fecha de la última mamografía normal/anormal	

HOMBRES

Fecha del examen de próstata
Fecha del análisis de PSA
HOMBRE Y MUJER
¿Se ha realizado una colonoscopia? Sí No Fecha:
Resultados: Normales Pólipos Otros

Historia clínica n.º _____



Información de bienvenida

Gracias por elegir nuestro consultorio para ocuparse de sus necesidades de atención médica. Sabemos que usted tiene la opción de elegir su atención médica y nos esforzamos para brindarle el mejor servicio posible. A continuación, detallamos algunas de las políticas de nuestro consultorio.

Registro: Todos los pacientes deben completar un formulario de información del paciente antes de ver a su proveedor.

Cargos: Se exige el pago completo al momento de prestar los servicios, a menos que se hayan dispuesto otros arreglos de pago. Para los pacientes sin seguro, el pago se debe realizar en el momento del servicio tanto en las visitas por enfermedad como en las de rutina. Se esperan copagos y saldos en el momento del servicio. Después de 90 días, los saldos pendientes se derivarán a un proceso de cobro. **En caso de que su plan de salud determine que “no cubre” un servicio, usted será responsable de pagar todos los cargos aceptables no cubiertos.** Las demoras en el procesamiento del seguro ocurren cuando no se proporciona la información del seguro de manera oportuna. Tales demoras también pueden dar lugar a que el seguro no cubra la atención. Siempre que el seguro niegue el pago de un servicio, es su responsabilidad cubrir los cargos, aun cuando usted pueda elegir revisar sus beneficios con su proveedor de seguros.

FMLA/Documentación: Cualquier paciente que necesite que se complete documentación en *Methodist Family Health Centers* y *Medical Groups* es posible que deba pagar un arancel de procesamiento. Esto debe pagarse en su totalidad antes de que la documentación pueda recogerse o enviarse por fax. Consulte a nuestro personal con respecto a los aranceles específicos antes de enviar sus formularios.

NSF/cuentas cerradas: Se añadirá un cargo de \$35.00 por los cheques rechazados.

Aranceles clínicos: Es posible que se aplique un arancel de procesamiento para los resurtidos de medicamentos controlados y un arancel adicional para volver a emitir la receta si el medicamento no se compra dentro de un plazo de 21 días. La receta vencida debe devolverse antes de que se emita la nueva receta.

Existe un arancel de \$25.00 por registros médicos de hasta 25 páginas. Las páginas adicionales cuestan \$0.50 por página. El procesamiento de los registros médicos es realizado por HealthMark y demora siete días hábiles.

Citas/ausencia: Se requiere una notificación de 24 horas de anticipación para cancelar citas. A los pacientes con tres (3) citas perdidas o ausencias al año, se los excluirá del consultorio. Si no asiste a su cita, es posible que le cobren \$25.00. Su compañía de seguros no paga estos cargos. Usted deberá pagar este cargo antes de su próxima visita programada.

Seguro: Las tarjetas de seguro deben estar disponibles antes de cada visita. Notifique a nuestro consultorio si hay algún cambio en sus planes o su cobertura de seguro. Presentamos reclamos a modo de cortesía para nuestros pacientes y solo somos responsables de presentar los reclamos a la compañía de seguros contratada para el miembro. Cualquier disputa por cargos no pagados por parte de la compañía de seguros se le facturará al miembro. Todos los pacientes deben tener una tarjeta de identificación del seguro válida para utilizar los beneficios.

Resurtido de medicamentos: Se deben ingresar todas las solicitudes de resurtido de recetas al menos cinco (5) días hábiles antes de tomar el último comprimido para permitir un tiempo adecuado de aprobación. Los resurtidos solo se entregarán durante el horario de atención habitual, de lunes a viernes. Las recetas de narcóticos no se resurtirán después del horario de atención ni los fines de semana.

Derivaciones: Deje pasar 5 a 7 días para procesar las derivaciones de rutina.

Conducta: No se tolerará el abuso verbal ni físico hacia el personal del consultorio. Esto incluye alteraciones que afectan las operaciones diarias dentro del consultorio además de la conducta ofensiva por teléfono con el personal del consultorio. La conducta abusiva hacia el personal dará lugar al retiro inmediato del consultorio.

Después del horario de atención: Nuestro mensaje telefónico les brindará a los pacientes un número para llamar a nuestro servicio de contestador automático en caso de necesidades urgentes después del horario de atención. El servicio de contestador automático notificará al médico de guardia.

Comentarios: Agradecemos todos los comentarios proporcionados. Usted recibirá una encuesta de satisfacción del paciente de Press Ganey. Tómese el tiempo para completarla y díganos cómo nos desempeñamos.

Gracias por su comprensión y aceptación de las políticas de nuestro consultorio. Tenemos el compromiso de participar activamente en su equipo de atención médica trabajando juntos para su salud.

Firma del paciente o tutor

Fecha de nacimiento del paciente

Parentesco con el paciente, si no firma el paciente

Fecha



Aviso de reconocimiento de privacidad

El Aviso de reconocimiento de privacidad de *Methodist Family Health Centers and Medical Groups* brinda información acerca de cómo *Methodist Family Health Centers and Medical Groups* puede usar y divulgar su información médica protegida. Usted tiene derecho a revisar el Aviso antes de firmar este reconocimiento. Hay una copia del Aviso actual publicada en la sala de espera. El Aviso contiene la fecha de vigencia según lo establecido en nuestro Aviso; los términos de nuestro Aviso pueden cambiar.

Usted tiene derecho a solicitar que limitemos la manera en la que se usa o se divulga la información médica protegida sobre usted para operaciones de atención médica, pagos o tratamientos. No se nos exige que aceptemos esta restricción pero, si lo hacemos, estamos obligados por nuestro acuerdo.

Al firmar este formulario, usted otorga su consentimiento para que usemos y divulguemos la información médica protegida sobre usted para **operaciones de atención médica, pagos y tratamientos**, según lo descrito en nuestro Aviso. Usted tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto en lo ya divulgado según su consentimiento anterior.

Este Reconocimiento de privacidad **no** nos autoriza a revelar registros a ninguna persona o entidad excepto a quien se menciona. Se debe completar un formulario de autorización para revelar información médica firmado antes de que revelemos registros en su nombre.

Gracias por su comprensión y aceptación de las políticas de nuestro consultorio. Tenemos el compromiso de participar activamente en su equipo de atención médica trabajando juntos para su salud.

Firma del paciente o tutor

Fecha de nacimiento del paciente

Parentesco con el paciente, si no firma el paciente

Fecha