

### Información Demográfica

Nombre de Paciente		Fecha de Nacimiento	Sexo Masculino / Femenino
Numero de Seguridad Social	Correo Electrónico		Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado
Dirección de Envío		Ciudad/Estado	Código Postal
Teléfono Principal	Teléfono Secundario	¿Como supiste de nosotros? <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Referencia Médica <input type="checkbox"/> Otra: _____	
<b>Autorizo que los mensajes detallados que contengan información médica pertinente se dejen en un correo de voz para los siguientes números:</b> <input type="checkbox"/> Teléfono Principal <input type="checkbox"/> Teléfono Secundario <input type="checkbox"/> Primaria de Emergencia <input type="checkbox"/> Secundario de Emergencia			
<b>Individuo Responsable</b> <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Otro- Información esta abajo			
Nombre del Individuo Responsable		Relación con el Paciente	
Fecha de Nacimiento	Teléfono Principal	Dirección de Envío [ <input type="checkbox"/> marca si es igual que arriba]	
Nombre de Empleador			
Nombre del Contacto de Emergencia	Teléfono Principal de Emergencia	Teléfono Secundario de Emergencia	
Nombre y Dirección de Farmacia		Teléfono de Farmacia	
<b>Etnicidad</b> <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Desconocido		<b>Idioma</b> <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____	
<b>Raza</b> <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o Otro Isleño Pacífico		<b>Preferencia de Confirmación para sus Citas</b> <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Mensaje de Texto	

### Autorización de Información de Salud Protegida

Nombre	Relación con el Paciente	Tipo de Información Autorizada
1.		<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Organización <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Facturación
2.		<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Organización <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Facturación

Revisé la información anterior y autorizo que mi información de salud protegida se divulgue a las personas mencionadas, tal como se especifica. Entiendo que esta autorización se aplica a comunicaciones escritas y comunicaciones verbales. También, entiendo que puedo pedir a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente / Representante Legal

\_\_\_\_\_  
 Fecha

### Información del Seguro

Primario	Secundario	Terciario
Compañía de Seguros	Compañía de Seguros	Compañía de Seguros
Nombre del Asegurado	Nombre del Asegurado	Nombre del Asegurado
Fecha de Nacimiento Asegurada	Fecha de Nacimiento Asegurada	Fecha de Nacimiento Asegurada
Identificación de Miembro/Política #	Identificación de Miembro/Política #	Identificación de Miembro/Política #
Grupo #	Grupo #	Grupo #

## Hoja de Política Financiera del Paciente

Para reducir la confusión y los malentendidos entre nuestros pacientes y nuestra práctica, hemos adoptado las siguientes políticas financieras. Si tiene alguna pregunta sobre estas políticas, discútalas con nosotros. Estamos dedicados a brindarle la mejor atención y servicio posibles, y consideramos que su comprensión de sus responsabilidades financieras es un elemento esencial de su atención y tratamiento.

A menos que usted o su compañía de seguros de salud hayan hecho otros arreglos por adelantado, el pago completo se debe en el momento del servicio. Para su comodidad, aceptamos el pago con cheque, efectivo, tarjeta de débito, Visa o Mastercard.

### Su Seguro

Hemos hecho arreglos previos con muchas aseguradoras y planes de salud para aceptar una asignación de beneficios. Esto significa que facturaremos aquellos planes para los que tenemos un acuerdo y solo le exigiremos que pague el copago autorizado en el momento del servicio. La política de esta oficina es cobrar este copago cuando llegue a su cita.

Su asistencia para asegurar el pago oportuno de sus reclamaciones puede ser requerida. Si su plan de salud requiere que obtenga una autorización previa en forma de REFERENCIA de su médico de atención primaria (PCP), o PRECERTIFICACIÓN antes de que se inicien los procedimientos o planes de tratamiento, le pedimos que informe a nuestro personal y nos ayude a asegurar estos arreglos. Se hacen con antelación.

Si tiene cobertura de seguro con un plan para el cual no tenemos un acuerdo previo, prepararemos y enviaremos reclamaciones en su nombre. Sin embargo, debe tener en cuenta que la participación de

los Pacientes en los honorarios médicos adeudados cuando se contrata a médicos no contratados generalmente será mayor que cuando se contrata a los médicos contratados.

No todos los servicios son un beneficio cubierto en todos los planes de seguro. Algunos planes de salud seleccionan ciertos servicios que no estarán cubiertos. En el caso de que su plan de salud determine que un servicio no está "cubierto", usted será responsable del cargo completo. El pago del saldo que se designa como responsabilidad de los pacientes se debe a la recepción de una declaración de nuestra oficina.

Le facturaremos a su plan de salud todos los servicios prestados en el hospital. Cualquier saldo adeudado es su responsabilidad y se debe a la recepción de una declaración de nuestra oficina o de su seguro.

Manténgase en contacto: No asuma que su compañía de seguros está "trabajando en ello". Comuníquese con ellos si no ha recibido una notificación de pago dentro de los 30 a 45 días de su servicio. Si su plan de salud demora el pago, se le pedirá que se comunique con ellos o con la oficina de beneficios de salud para identificar los problemas. Usted será responsable por los servicios que su plan de salud no paga.

### Pacientes Menores

Para todos los servicios prestados a pacientes menores, buscaremos al adulto que acompaña al paciente, o al padre o tutor con custodia.

He leído y entiendo la política financiera de la práctica, y estoy de acuerdo en estar sujeto a sus términos. También entiendo y acepto que la práctica puede modificar dichos términos de vez en cuando.

**Entiendo que el pago por todos los servicios prestados se solicita al momento del servicio.**

**Solicitamos un aviso de cancelación de la cita de 24 horas o se cobrará una tarifa de \$25.00 por las citas perdidas.**

Nombre impreso del paciente

Fecha de Nacimiento

Firma del Paciente / Representante Legal

Fecha

## Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

Nuestra práctica se reserva el derecho de modificar las prácticas de privacidad descritas en el aviso.

He revisado o se me ha brindado la oportunidad de revisar, el Aviso de Prácticas de Privacidad de estas oficinas, que explica cómo se usará y divulgará mi información médica. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de su Aviso de prácticas de privacidad.

**\* Si desea recibir una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, consulte a un asociado.**

Nombre impreso del paciente

Fecha de Nacimiento

Firma del Paciente / Representante Legal

Fecha

# Política de Prescripciones

Nuestra práctica es una oficina médica que trata muchos tipos de dolencias y condiciones. En ocasiones podemos prescriba medicamentos para usted para ayudar a aliviar el dolor. Estos medicamentos, cuando se usan adecuadamente, pueden ayudar a los pacientes a sentirse mejor y llevar vidas productivas. Estos medicamentos también pueden ser mal utilizados, causando daño a los pacientes y otros. Por esta razón, el Estado de Texas y la Administración Federal de Control de Drogas regulan el uso de estos medicamentos. Nuestra práctica sigue esas leyes:

## Nuestra política:

1. Las recetas escritas no se reemplazarán si se pierden, se roban, se destruyen o se extravían.
2. Las recetas deben tomarse según las indicaciones. En otras palabras, NO cambie la frecuencia de la dosis a menos que de lo contrario dirigido por su médico. Si se produce un cambio, esto será documentos en su tabla.
3. Por ley, las sustancias controladas no pueden rellenarse por teléfono.
4. Los resurtidos de las recetas enumeradas a continuación se pueden rellenar cada tres meses. Como resultado, si no fuiste visto en el hospital u oficina en los últimos tres meses, las recetas para lo siguiente no se pueden reponer. Excepciones a este debe ser discutido con el médico durante una visita al consultorio. No se otorgarán excepciones por teléfono.
  - a. Ayudas para dormir como Ambien o Lunesta segundo.
  - b. Antiinflamatorios como Celebrex, Ibuprofeno o Naproxenodo.
  - c. Narcóticos como Lortab, Vicodin, Darvocet o Hydrocodone.
  - d. Relajantes musculares como Soma, Flexeril o Robaxin.
5. Si su frasco de receta indica que le quedan resurtidos, comuníquese directamente con su farmacia. Si no quedan resurtidos, deberá comunicarse con nuestra oficina y programar una cita.
6. Las recargas NO se autorizarán por la noche, los fines de semana o los días festivos. Asegúrese de planificar con anticipación para asegurarse de que tiene suficiente medicamento.
7. Antes de visitar nuestro consultorio, verifique su suministro de medicamentos. Si necesita resurtidos, pídales durante su cita.
8. La solicitud de resurtido para el reemplazo hormonal y las píldoras anticonceptivas solo se puede volver a llenar si usted tiene una cita programada de ginecología de rutina.
9. La solicitud de resurtido de recetas no recetadas por su médico no será autorizada.
10. Se requieren al menos 2 días hábiles para la solicitud de receta. Llame antes del viernes.
11. No llame más de una vez sobre un medicamento, reabastecimientos o cualquier problema. Cuando llama a nuestra oficina, se envía un mensaje a su médico. No se puede hacer nada hasta que su médico tenga la oportunidad de revisar el mensaje. El médico es el único que puede aprobar la reposición de su medicamento.

He leído la política de recetas anterior y soy consciente de los pasos necesarios para que se vuelvan a surtir las recetas. Acepto cumplir con esta política y entiendo que esta política firmada se escaneará en mi cuadro.

---

**Nombre impreso del paciente**

---

**Fecha de Nacimiento**

---

**Firma del Paciente / Representante Legal**

---

**Fecha**