|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Información Demográfica** | | | | | | | | | |
| **Nombre de Paciente** | | | | **Fecha de Nacimiento** | | | | | **Sexo**  Masculino / Femenino |
| **Numero de Seguridad Social** | | **Correo Electrónico** | | | **Estado Civil**  □ Soltero □ Casado □ Viudo □ Divorciado | | | | |
| **Dirección de Envio** | | | | **Ciudad/Estado** | | | | **Código Postal** | |
| **Teléfono Principal** | | | **Teléfono Secundario** | | **¿Como supiste de nosotros?**  □ Google □ Referencia Médica □ Otra: \_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **Autorizo que los mensajes detallados que contengan información médica pertinente se dejen en un correo de voz para los siguientes números:**  □ Teléfono Principal □ Teléfono Secundario □ Primaria de Emergencia □ Secundario de Emergencia | | | | | | | | | |
| **Individuo Responsable □** Yo **□** Otro- Informacion esta abajo | | | | | | | | | |
| **Nombre del Individuo Responsable** | | | | **Relación con el Paciente** | | | | | |
| **Fecha de Nacimiento** | **Teléfono Principal** | | | **Dirección de Envio [ □ 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** | | | | |
| **Etnicidad □** Hispano o Latino **□** No Hispano o Latino **□** Desconocido | | | | | **Idioma □** Español **□** Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **Raza**  **□** Indio Americano o Nativo de Alaska **□** Asiático  **□** Caucásico  **□** Otro **□** Negro o Afroamericano **□** Nativo de Hawaii o Otro Isleño Pacífico | | | | | **Preferencia de Confirmación para sus Citas**  □ Correo Electrónico □ Mensaje de Texto | | | | |
| **Autorización de Información de Salud Protegida** | | | | | | | | | |
| **Nombre** | | | **Relación con el Paciente** | | **Tipo de Información Autorizada** | | | | |
| **1.** | | |  | | **□** Todos **□** Organización **□** Médico **□** Facturación | | | | |
| **2.** | | |  | | **□** Todos **□** Organización **□** Médico **□** 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.
   1. Ayudas para dormir como Ambien o Lunesta segundo.
   2. Antiinflamatorios como Celebrex, Ibuprofeno o Naproxenodo.
   3. Narcóticos como Lortab, Vicodin, Darvocet o Hydrocodone.
   4. 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, pídalos 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**