

# Rios Family Medicine Clinic, PA

## BIENVENIDOS, FORMULARIOS DEL PACIENTE

Complete el siguiente cuestionario. Esto se convertirá en parte de su expediente de oficina y será mantenida en estricta confidencia.

| Información Sobre el Paciente   |  |
|---|--|
| Nombre (Sr / Sra / Srta / Dr) _____   | Fecha de Hoy: ___/___/___                                  |
| Sexo: M <input type="checkbox"/> / F <input type="checkbox"/>   | Nombre _____ Apellido _____                                |
| Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> / Casado <input type="checkbox"/> / Divorciado <input type="checkbox"/> / Viudo <input type="checkbox"/> |  |
| Fecha De Nacimiento ___/___/___   | Seguro Social# _____ - _____ - _____                       |
| Dirección _____   |  |
| Ciudad _____  | Estado _____ Código Postal _____                           |
| Pharmacia: _____  | ZIP _____ Teléfono De La Casa _____                        |
| E-Mail: _____   | Teléfono Móvil: _____                                      |
| Empleador _____   | Teléfono Del Trabajo _____                                 |
| Raza: _____   | Idioma Principal: _____                                    |
| Etnicidad: _____  |  |
| Referido Por _____  | Relación Con El Paciente _____                             |
| Nombre Del Cónyuge: _____   | SS# _____ - _____ - _____ Fecha De Nacimiento: ___/___/___ |
| Ocupación _____   | Empleador: _____   |
| Médico _____  | Cónyuge Teléfono: _____                                    |

| Información Sobre La Persona Responsable Del Pago  |                                  |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Marque Aquí Si Esta Información Es La Misma Que En El Cuadro De Arriba. |                                  |
| Fecha De Nacimiento _____ Seguro Social# _____   |                                  |
| Dirección _____  |                                  |
| Ciudad _____   | Estado _____ Código Postal _____ |
| Empleador _____  |                                  |
| Relación Con El Paciente _____   |                                  |

### Información de Seguro Medico

| 1 <sup>st</sup> Compañía Aseguradora | Policy # | Group # | Nombre del Asegurado | Fecha de Nacimiento |
|--------------------------------------|----------|---------|----------------------|---------------------|
| _____                                | _____    | _____   | _____                | ___/___/___         |
| 2nd Compañía Aseguradora             | Policy # | Group # | Nombre del Asegurado | Fecha de Nacimiento |
| _____                                | _____    | _____   | _____                | ___/___/___         |

Estoy de acuerdo en ser responsable de los cargos por servicios y materiales proporcionados por **Rios Family Medicine Clinic, PA** y sus médicos. Cedo los beneficios pagaderos por los servicios médicos al médico u organización que suministra y/o autorizo a **Rios Family Medicine Clinic, PA** que presente una reclamación a mi compañía de seguros para el pago a respectivo. También autorizo la divulgación de cualquier, información médica para procesar mi reclamo. También autorizo la divulgación de cualquier información médica a mi escuela, empleador, el departamento de la seguridad pública, o de cualquier otro médico o centro médico que participan en mi atención médica.

\_\_\_\_\_  
Firma De La Persona Responsable Del Pago

\_\_\_\_\_  
Fecha

# Rios Family Medicine Clinic, PA

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA ACUSO DE RECIBO

Yo reconozco que he recibido una copia de **Rios Family Medicine Clinic, PA** Del aviso de prácticas de privacidad y he tenido la oportunidad de revisarlo. También se me ha dado la oportunidad de solicitar la restricción en el uso y divulgación de mi información protegida de salud, así como para solicitar el tratamiento confidencial de comunicaciones relativas a la información sobre mi salud.

1. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Reconocimiento Del Paciente (Firma) Fecha

**Consentimiento de por vida de Medicare:** certifié que la información que he dado en la aplicación bajo el Título XVII de la Ley del Seguro Social es correcta y autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo a liberar está a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios o transportistas, según sea necesario para un reclamo relacionado con Medicare. Cedo los beneficios pagaderos por los servicios del médico al médico u organización que suministro los servicios y autorizo a dicho médico u organización que presente una reclamo a Medicare para el pago de estos servicios.

2. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Firma Fecha

### **Consentimiento para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica**

Entiendo que, como condición para mi tratamiento de recepción de **Rios Family Medicine Clinic, PA**, Esta puede utilizar o divulgar mi información de salud obtener el pago por el tratamiento proporcionado y conforme sea necesario para el funcionamiento de **Rios Family Medicine Clinic, PA**. Estos usos y revelaciones se explican con más detalle en el Aviso de prácticas de privacidad que se me ha proporcionado y yo los he revisado.

Mientras estoy aquí, permito a los empleados, el médico y el resto de las personas que me cuidan me tratan de manera que juzgan beneficiosos para mí. Entiendo que el médico que me atiende me explicara la naturaleza de mi enfermedad, su tratamiento recomendado y cualquier riesgo asociado. También entiendo que él o ella me explicara otras formas en que me identifica con el propósito de esta condición podría ser tratada. Además, entiendo que esta atención puede incluir pruebas de diagnóstico, exámenes y tratamiento médico y/o quirúrgico, y que no se me han dado garantías sobre el resultado de este cuidado especial.

**"Información médica de identificación personal"** se refiere a la salud y la información demográfica recopilada sobre mí persona por mi médico (u otro proveedor de atención de la salud, la autoridad de salud pública, plan de salud del empleador, la aseguradora de vida, escuela o universidad) Que se relaciona con mi historia médica y me presente o futura; física o mental, la condición o el pago de la prestación de atención de salud. La información que me identifica, o si hay una base razonable para creer que esta información identifica. Entiendo que las prácticas de privacidad descritas en el Aviso de prácticas de privacidad pueden cambiar con el tiempo y que tengo derecho a obtener cualquier Aviso de Privacidad revisada contactando a

**Rios Family Medicine Clinic, PA** para hacer tal petición. Puedo recibir un Aviso de Prácticas de Privacidad llamando a la oficina y solicitar una copia revisada por correo o solicitando una copia en mi próxima visita.

También entiendo que tengo el derecho de solicitar a **Rios Family Medicine Clinic, PA**, para restringir cómo se usa o divulga mi información médica. **Rios Family Medicine Clinic, PA** no tiene que estar de acuerdo con mi solicitud de la restricción, pero si **Rios Family Medicine Clinic, PA** está de acuerdo, **Rios Family Medicine Clinic, PA** está obligada a cumplir con la restricción según lo acordado.

Por último, entiendo que tengo el derecho de revocar / retirar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento. Mi revocación / retirada será efectiva, salvo en la medida en que **Rios Family Medicine Clinic, PA** ha tomado acciones de seguridad sobre mi consentimiento para el uso o divulgación de mi información médica. La provisión de tratamiento en el futuro podrá ser retirada si retiro mi consentimiento.

3. Firma \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Fecha

# Rios Family Medicine Clinic, PA

## HIPAA POLÍTICA DE PRIVACIDAD: ACUSE DE RECIBO DEL PACIENTE

**Rios Family Medicine Clinic, PA** El Aviso de prácticas de privacidad proporciona una explicación detallada de cómo podemos utilizar y divulgar su información protegida de la salud, así como sus derechos como paciente Yo, \_\_\_\_\_, he recibido una copia de **Rios Family Medicine Clinic, PA** De **La Política de Privacidad**

Elijo designara a las personas que se mencionan a continuación como mis contactos primarios. **Rios Family Medicine Clinic, PA** puede compartir información con estos contactos primarios que sea coherente con el Aviso de Prácticas de Privacidad.

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del paciente \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

# 1 Nombre de Contacto \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Relación con el Paciente \_\_\_\_\_ Teléfono el Contacto \_\_\_\_\_

# 2 Nombre de Contacto \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Relación con el Paciente \_\_\_\_\_ Teléfono el Contacto \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(O del Padre del paciente, o representante autorizado)

Paciente más cercano  
Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Relación con el Paciente \_\_\_\_\_ Teléfono de Contacto \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

La incapacidad para obtener el reconocimiento para ser completado por un representante de **Rios Family Medicine Clinic, PA** \_\_\_\_\_ **No fue posible para el paciente o tutor la información dada por el siguiente motivo (s):**

- \_\_\_\_ Situación de emergencia
- \_\_\_\_ Paciente físicamente incapaz de firmar
- \_\_\_\_ Paciente se negó
- \_\_\_\_ Paciente dejó el cargo antes de obtener la firma \_\_\_\_\_
- Otros motivos (lista abajo)

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Comentarios \_\_\_\_\_

Firma del representante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

# Rios Family Medicine Clinic, PA

Nombre del Paciente (Sr / Sra / Srta / Dr) \_\_\_\_\_

Primer Nombre

Apellido

Fecha De Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**RAZÓN DE LA VISITA DE HOY:** *por ejemplo; Chequeo Anual, Dolores de Cabeza, Mareos, gripe...*

---

---

ALERGIAS: \_\_\_\_\_

---

MEDICAMENTO

DOSIS

FRECUENCIA

FECHA DE INICIO

---

---

---



DECLARO QUE MI VISITA CON DR. RIOS NO ES UNA

- I. LESIÓN **RELACIONADA CON EL TRABAJO**
- II. NI POR UN **ACCIDENTE DE VEHÍCULO DE MOTOR.**
- III. ESTA VISITA TAMPOCO ES PARA TRATAMIENTO DE **DOLOR CRÓNICO.**

Firma Del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

# Rios Family Medicine Clinic, PA

## RESPONSABILIDAD FINANCIERA DE LOS PACIENTES

*Gracias por elegir a Ríos Family Medicine Clinic, P.A como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos en brindarle la mejor atención posible para que su tratamiento tenga éxito.*

*Su clara comprensión de nuestra política financiera es importante para nuestra relación profesional. Por favor, comprenda que el pago de su factura se considera como parte de su tratamiento general. Con el fin de mantener el costo de la asistencia médica a un mínimo absoluto, hemos adoptado las siguientes políticas.*

○ **Cargos y pagos:** Las tarifas son estandarizados y se basan en la complejidad de su visita. Se requiere el pago en su totalidad en el momento del servicio y se puede hacer con dinero en efectivo, cheque personal, giro postal, Visa, MasterCard, Discover o American Express. ○ **Planes de Seguro:** El seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros;

nosotros no somos parte de ese contrato. Debemos destacar que, como profesionales de la salud, nuestra relación es con usted, no con su compañía de seguros. Antes de su visita, por favor póngase en contacto con su compañía de seguros para verificar si somos participantes de su plan médico y que los servicios que Ud. recibirá son cubiertos. Si bien la presentación de reclamaciones de seguros es una cortesía que extendemos a nuestros pacientes, todos los cargos son de su total responsabilidad desde la fecha en que los servicios son prestados. Para que podamos presentar su reclamo, usted debe proveernos de una copia actual de su tarjeta de seguro en cada visita y comunicar cualquier cambio en su información personal.

La mayoría de las pólizas de seguros especifican que algunos de los costos de la atención que Ud. reciba son de su responsabilidad. Los pagos médicos se pueden lograr mediante la combinación de los copagos, coseguros o deducibles. Los co-pagos deben ser hechos en el momento en que se registra para su cita. Nosotros no podemos renunciar a los co-pagos, ni tampoco enviar cobranza por ellos. Deben ser pagados inmediatamente.

La nueva Ley de Seguros de Asistencia Asequible (Obama Care) "Blue Cross Blue Shield de Texas" permite períodos de gracia de 90 días. Si Ud. cancela o modifica su seguro, usted será responsable y tendrá que pagar por todos los servicios prestados durante ese tiempo. A Nuestra clínica se le exige devolver cualquier pago recibido de la compañía de seguros, si su póliza esta cancelada y luego tenemos la obligación de recoger dicha cantidad de parte del paciente.

No todos los servicios son cubiertos en todas las pólizas, por lo que es muy importante que usted entienda las disposiciones de su póliza. Algunas compañías de seguros arbitrariamente seleccionan ciertos servicios que no cubren, por lo que no pueden garantizar el pago de todas las reclamaciones que se hacen a su compañía de seguros. Algunos planes de seguro no cubren toda la atención preventiva. Si su compañía de seguros paga sólo una parte de su reclamo o rechaza su reclamación, ellos le notificarán a Ud. junto con la explicación de beneficios (EOB).

**La reducción o rechazo de su reclamo por su compañía de seguros no le exime a Ud. de su responsabilidad financiera.** Note que no podemos y no vamos a cambiar los registros después de su visita. El diagnóstico establecido en el momento de su visita es lo que se cobrara a su seguro.

# Rios Family Medicine Clinic, PA

**Self-pay:** Pacientes que no tienen seguro médico, son considerados “self pay”; o sea que el paciente es responsable para los gastos de consulta médica. Cuando sea posible se le dará un precio especial en el momento de su registración, o cuando haga su cita, junto con cualquier costo anticipado adicional, si lo hubiera. El costo total de su visita será pagado el día en que reciba los servicios médicos.

- **Los menores de edad:** El padre (s) o tutor (s) de un menor es responsable de proporcionar la información del seguro actual del menor y/o el pago total por los servicios prestados. ○ Los menores no acompañados deben tener autorización para tratamiento médico firmado por un padre o tutor y es responsable de la información de su seguro actual y / o pagara el costo total por los servicios prestados
- **Cargos Misceláneos:** cargo por cheque devuelto por falta de fondos está sujeta a una tarifa de \$35.00, además de los honorarios de su banco. Citas pérdidas: Si falta a una cita y no ha llamado 24 horas antes para cancelar esa cita, se le cobrará un "no show" de \$ 25.00
- **Los cobros de laboratorio** no están incluidos en el costo de su atención. Usted recibirá del laboratorio una factura por separado. Por favor, póngase en contacto con las instalaciones del laboratorio directamente para discutir cualquier pregunta sobre su factura. ○ **Cargos sobre cuentas** no pagadas en el tiempo acordado, se enviarán a una agencia de cobranzas externas, y la informaron a la oficina de crédito. Además del saldo pendiente, se añadirá un recargo del 33% para cubrir nuestros costos. Si no paga, Ud. puede ser despedido de la práctica.
- **Costo por Copias de Registros Médicos** -El costo de las copias de los records médicos es de \$ 25.00 para las primeras 25 páginas y \$0.17 por cada página a partir de la página 26.

Formulario de finalización - El costo de la preparación de los formularios es de \$ 20.00 por cada formulario. Por favor denos un periodo de 72 horas para estar preparados.

*He leído y comprendido los términos y condiciones anteriores y lo certificare con mi firma.*

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma Fecha

*Declaración de Cobertura: Por le presente certifico que no tengo cobertura con un segundo seguro, solo el primario que he suministrado.*

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

# Rios Family Medicine Clinic, PA

En Rios Family Medicine Clinic, valoramos su seguridad y comodidad. Antes de recetar ciertos medicamentos, siempre verificamos los Programas de Monitoreo de Recetas de Texas (PMP), una base de datos estatal que rastrea los datos de prescripción de sustancias controladas y medicamentos con potencial de mal uso. Estos medicamentos incluyen opioides, benzodiazepinas, barbitúricos, estimulantes, sedantes y relajantes musculares. Pregúntele a su proveedor cualquier pregunta que tenga sobre nuestra política sobre sustancias controladas.

Para todos los demás medicamentos, llame de 4 a 5 días laborales antes de quedarse sin mediación porque se toma de 48 a 72 horas de oficina para que se procese su solicitud.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Firma Fecha

# Rios Family Medicine Clinic, PA

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este Aviso Describe Cómo La Información Médica Puede Ser Usada Y Revelada Y Como Usted Puede Tener Acceso A Esta Información

### **POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE**

La información médica confidencial puede ser divulgada, sin el permiso o la autorización del paciente, según sea necesario, para el tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

#### ✚ “El Tratamiento” incluye:

- La provisión, coordinación o administración de la atención médica y servicios relacionados entre los proveedores de atención de la salud con respecto a un paciente: ○ O la remisión de un paciente de un médico a otro.

#### ✚ “Pago” incluye:

- ✦ Obtener el pago de la prestación médica.
- "Operaciones de atención médica" incluye:
  - ✦ Mejora de la calidad
  - ✦ Desarrollo de la guía clínica
  - ✦ Cuidado sobre la competencia y el desempeño de los profesionales de la salud
  - ✦ Formación de estudiantes y residentes ✦ Servicios jurídicos y contables
  - ✦ El desarrollo del plan financiero.

#### ✚ Otras situaciones en las que la información puede ser divulgada sin el consentimiento del paciente:

- Para una autoridad de salud pública que esté autorizada por la ley para recabar y recibir información relacionada con la prevención o control de enfermedades, lesiones o discapacidades.
- Para una autoridad gubernamental responsable en los casos de abuso infantil o negligencia o Para la FDA en lo que respecta a los acontecimientos adversos, productos defectuosos o problemas.

✚ Cualquier uso de la información médica, con excepción de lo que se ha descrito anteriormente, se requerirá la autorización por escrito de un paciente, y que la autorización puede ser revocada mediante notificación por escrito.

#### ✚ DERECHOS DEL PACIENTE

- Solicitud de restricciones adicionales sobre el uso de su información de salud, aunque el médico no tiene que aceptar estas restricciones adicionales.
- Especificar la forma en que se permite al médico a comunicarse con ellos o revisar y copiar sus registros de salud (puede haber excepciones)
- Solicitar una enmienda de sus registros de salud (sin embargo, el médico puede negarse a efectuar la modificación solicitada si el registro ya está completo)
- Solicitar y recibir un informe de la información compartida. ○ Presentar una queja sobre las prácticas de privacidad de la oficina con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos



# Ríos Family Medicine Clinic, PA

Ríos Family Medicine Clinic, PA está obligado por ley a mantener la privacidad de la información médica confidencial y para cumplir con los términos de este Aviso; y tiene el derecho de cambiar su Aviso de prácticas de privacidad, y notificara a los pacientes cuando lo hace.

- Este aviso es a partir de Enero, 22 de 2014

## INFORMACIÓN DE LA OFICINA

### **HORAS DE OFICINA:**

**Lunes** 8:00 am – 11:30 am, 1:00 pm – 4:30 pm

**Martes** 8:00 am – 11:30 am, 1:00 pm – 4:30 pm

**Miércoles** 8:00 am – 11:30 am, 1:00 pm – 4:30 pm

**Jueves** 8:00 am - 11:30 am, 1:00 pm – 4:30 pm

**Viernes** 8:00 am – 12:30 pm

**Cerrado Sábados, Domingos y Día de Vacaciones Importantes**

### **CITA MÉDICA:**

Para hacer una cita, llame durante las horas de oficina. Para cancelar una cita, por favor llame 24 horas antes de su cita. Si llega más de 15 minutos tarde a su cita, es posible que tenga que esperar o volver a programar en una fecha posterior.

**\*\*\* No aceptamos pacientes con lesiones ni accidentes de trabajo o debido a un accidente de vehículo de motor (MVA), No proporcionamos Manejo del Dolor crónico \*\*\***

### **SEGURO MÉDICO:**

En el día de su cita usted debe tener su tarjeta de identificación del seguro y la identificación adecuada. Si usted no tiene la información requerida con usted o la información no se encuentra en nuestra oficina en el momento de su visita, usted será reprogramado para una fecha posterior.

### **REFERENCIA Y AUTORIZACIONES:**

Si su compañía de seguro requiere que sea referido a un especialista, nosotros seguiremos el proceso requerido para referirlo. Este proceso es establecido por su seguro y usualmente toma más de 24 horas.