

¡Bienvenido a nuestra práctica!

Establecido en 1997 por el fundador **Jona Gorra, MD FACP**, DC Medical Services está comprometido con el cuidado del creciente comunidad en el condado de Delaware Sussex durante más de 10 años. Seaford Internal Medicine, establecida en 2006, también comparte la misma pasión y cuidado profesional. En DC Medical Services y Seaford Internal Medicine, nuestros médicos están certificados por la junta en sus campos y brindan atención preventiva, tratamientos para afecciones comunes y enfermedades infecciosas.

### **Nuestras Oficinas Contacto y Ubicaciones**

10 W. Laurel St.  
Georgetown, DE  
T 302.855.0915  
F 302.855.0914 |  
302.855.0994

**Lunes - Viernes:**  
9:00 a. m. a 6:00 p. m.

1501 Middleford Rd.  
Seaford, DE  
T 302.629.4569  
F 302.628.4669

**Lunes - Viernes:**  
8:00 a. m. a 5:30 p. m.

1507 Middleford Rd.  
Seaford, DE  
T 302.629.4569  
F 302.536.7594

**Lunes - Viernes:**  
8:30 a. m. a 5:30 p. m.

9109 Middleford Rd. Seaford, DE  
T 302.629.9200  
F 302.629.9204

**Lunes - Viernes:**  
8:30 a. m. a 5:30 p. m.

## Hogar Médico Centrado En El Paciente

¿Qué es un hogar médico? Un **hogar médico** no es un lugar o un lugar al que iría, simplemente significa un **enfoque aplicado en equipo** por parte de su proveedor de atención médica primaria, donde la atención integrada puede ayudar a maximizar su resultado general de atención médica!

La práctica del modelo de hogar médico centrado en el paciente (PCMH, por sus siglas en inglés) enfatiza la coordinación de la atención y la mejora comunicación con el fin de **brindar atención de calidad, reducir los costos médicos** y brindar una **excelente atención al paciente experiencia**.

**Cómo te afecta esto?** Como parte de nuestro compromiso de brindarle la más alta estándar de atención, practicando un trabajo en equipo enfoque para una mejor atención y comunicación así como el uso de herramientas innovadoras y seguras para mejorar el acceso a la atención de la salud. nos asociamos contigo y colaborar con tus otros proveedores para lograr la mejor calidad a la medida cuidado que podemos ofrecer!

## ¿Sabías?

*Puede prolongar su vida y reducir el costo de su atención médica, simplemente tomando el control de su salud. Tener un examen anual con su proveedor puede ayudar a evaluar y mejorar su salud y bienestar general.*

## Nuestro papel como su confianza EQUIPO DE SALUD

- Brindar una atención médica segura y saludable ambiente.
- Colaborar con usted para hacer su decisiones sanitarias.
- Coordinar con usted, su autorizado representantes y otros servicios de salud proveedores.
- Mantenerlo informado y encaminado proporcionar:
  - *Entrenamiento de salud*
  - *Soporte de gestión de autocuidado*
  - *Recursos sanitarios*
  - *Cuidado preventivo*
  - *Atención personalizada*

## Tu papel como PACIENTE

- Comuníquese de cerca con nosotros.
- Manténganos actualizados con su medicamentos, vacunas, alergias, condiciones, pruebas, consultas y hospitalizaciones.
- Informar de cualquier cambio sobre usted y historial médico de sus familias.
- Informar y autorizar a sus otros proveedores para coordinar con nosotros.
- Participar en las decisiones sobre su salud.
- Seguir los planes de tratamiento y autocuidado direcciones de gestión.
- ¡Habla y haz preguntas!

## Conozca a nuestro equipo de atención

En Seaford Internal Medicine/DC Medical Services, formamos nuestros equipos de atención para brindar atención personalizada para cada una de las necesidades de nuestros pacientes. Cada paciente es asignado a un equipo de atención.

### ¿Qué es un equipo de atención?

Un equipo de atención es un grupo de profesionales de la salud y personal de apoyo que trabaja junto con el paciente para lograr un propósito común. Como paciente, USTED ¡Eres el capitán del equipo de tu equipo!

### ¿Por qué equipos de atención al paciente?

Los equipos de atención centrados en el paciente brindan atención que es respetuosa y sensible a su persona preferencias, necesidades y valores del paciente.

## FUNCIONES DEL EQUIPO DE ATENCIÓN

### **Proveedor de atención primaria (PCP)**

Su PCP es el médico que mejor lo conoce y quién es en última instancia responsable de su atención médica. Él o ella prescribe medicamentos y ordena cualquier evaluación y diagnóstico necesarios estudios, derivaciones a especialistas y cualquier otra tratamiento médico. Su PCP también analiza y revisa su plan de atención y metas con usted.

### **Asistente Médico (MA)**

Su MA es la persona que lo acompaña desde el sala de espera a la sala de examen, toma su vital firma y actualiza su información clínica en su registro médico. También pueden realizar ciertas pruebas diagnósticas como electrocardiogramas, extracción de sangre y administrar inyecciones.

### **Enfermera Practicante (NP)**

Su NP es un profesional especialmente capacitado que trabaja en colaboración con su médico. Él o ella puede diagnosticar y tratar muchas de las mismas condiciones como su PCP y puede ordenar pruebas y prescribir medicamentos. También trabajan muy estrechamente con su PCP en la revisión de su atención plan y objetivos con usted.

### **Coordinador de Servicios al Paciente (PSC)**

Su PSC es la persona que obtiene su demografía actual y seguro información. Él o ella también programa su citas, trabaja con su seguro, y ayuda a coordinar su atención en todos los entornos al seguimiento con usted después de ser visto por otro proveedor o le recuerda sobre estudios que necesita realizar.

### **Información del paciente**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Sexo: M F  
N.º de teléfono de casa: \_\_\_\_\_ N.º de trabajo: \_\_\_\_\_ N.º de celular: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
N.º de teléfono de casa: \_\_\_\_\_ N.º de trabajo: \_\_\_\_\_ N.º de celular: \_\_\_\_\_  
Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_  
Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

### **Información del garante: si no es el paciente (obligatorio si el paciente es menor de edad/dependiente)**

Nombre del garante: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Sexo: M F  
N.º de teléfono de casa: \_\_\_\_\_ N.º de trabajo: \_\_\_\_\_ N.º de celular: \_\_\_\_\_

### **Información del seguro**

Seguro primario: \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia: \_\_\_\_\_  
Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Copago: \$ \_\_\_\_\_  
Seguro secundario: \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia: \_\_\_\_\_  
Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Copago: \$ \_\_\_\_\_

### **Autorización para la Divulgación de Información Médica/Asignación de Beneficios**

Doy permiso a Seaford Internal Medicine, Inc. (SIM)/D.C. Medical Services, LLC (DCMS) y sus empleados, agentes y proveedores médicos para divulgar información médica a compañías de seguros, organizaciones de salud, agencias gubernamentales y otras entidades encargadas de la responsabilidad fiscal por el pago de los servicios médicos prestados a mí. Por la presente autorizar el pago de los beneficios médicos que de otro modo se me pagarían, para que se dirijan a SIM/DCMS o al proveedor apropiado. Doy mi consentimiento para que cualquier dinero recibido por el proveedor de servicios en mi nombre se aplique a mis cuentas pendientes. Asumo toda la responsabilidad por el pago de cualquier cargo por los servicios médicos prestados. Entiendo que mi médico la información puede enviarse electrónicamente a cualquiera o todos los médicos tratantes, hospitales y/o entidades de atención médica.

X \_\_\_\_\_

**Firma**

**Relación con el paciente**

**Fecha**

## HISTORIAL MÉDICO

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Queja principal: \_\_\_\_\_

Historia de la enfermedad actual: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Alergias a medicamentos, tintes de rayos X u otras sustancias**  No  Sí  
**(En caso afirmativo, indique los nombres de los medicamentos y el tipo de reacciones):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## HISTORIA MÉDICA ANTERIOR Y REVISIÓN DE SISTEMAS

Encierre en un círculo si ha tenido problemas o se queja actualmente de alguno de los siguientes:

- |  |                                      |   |
|--|--------------------------------------|---|
| 1. Molestias abdominales               | 17. Diarrea                          | 35. Náuseas                               |
| 2. Abuso de alcohol                    | 18. Dificultad para orinar           | 36. Palpitaciones                         |
| 3. Ansiedad                            | 19. Abuso de drogas                  | 37. Persistente                           |
| 4. Anemia                              | 20. Micción frecuente                | 38. Neumonía                              |
| 5. Artritis                            | 21. Enfermedad de la vesícula biliar | 39. Fiebre reumática                      |
| 6. Asma                                | 22. Gota                             | 40. Enfermedades de la piel               |
| 7. Trastornos sanguíneos               | 23. Fiebre del heno                  | 41. Dificultad para respirar              |
| 8. Sangre en las heces                 | 24. Dolor de cabeza                  | 42. Tobillos hinchados                    |
| 9. Bronquitis                          | 25. Radiación en cabeza o cuello     | 43. Enfermedad de la tiroides             |
| 10. Cáncer                             | 26. Enfermedad cardíaca              | 44. Tuberculosis                          |
| 11. Cambio en los hábitos intestinales | 27. Hemorroides                      | 45. Úlceras                               |
| 12. Dolor de pecho/pecho opresión      | 28. Hepatitis o ictericia            | 46. Aumento/ pérdida de peso inexplicable |
| 13. Colitis                            | 29. Presión arterial alta            | 47. Enfermedades venéreas                 |
| 14. Estreñimiento                      | 30. Indigestión                      | 48. Vómitos                               |
| 15. Depresión                          | 31. Enfermedades renales             | 49. _____                                 |
| 16. Diabetes                           | 32. Cálculos renales                 | 50. _____                                 |
|  | 33. Mareos                           |   |
|  | 34. Pérdida de dolor lumbar          |   |

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Antecedentes ginecológicos y obstétricos

Edad de inicio de los períodos: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_ Duración del período: \_\_\_\_\_

Embarazos: \_\_\_\_\_ Nacimientos: \_\_\_\_\_ Abortos espontáneos: \_\_\_\_\_

Sangrado anormal o prolongado:  No  Sí (Por favor describa): \_\_\_\_\_

Pérdida de orina:  No  Sí (Por favor describa): \_\_\_\_\_

Dolor pélvico:  No  Sí (Por favor describa): \_\_\_\_\_

Secreción anormal:  No  Sí (Por favor describa): \_\_\_\_\_

Historial de Papanicolaou anormal  No  Sí (Tipo de tratamiento): \_\_\_\_\_

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Enumere y proporcione las fechas de:**

**Operaciones:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Hospitalizaciones que no sean por cirugía:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Historial de vacunas:** ¿ha recibido: vacunas contra Pneumovax?  No  Sí ¿Cuándo? \_\_\_\_\_  
¿Hepatitis B?  No  Sí ¿Cuándo? ¿Vacunación contra la gripe?  No  Sí ¿Cuándo? \_\_\_\_\_  
¿Otro?  No  Sí ¿Cuándo? ¿Vacunación contra el tétanos?  No  Sí ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

**Cuando fue tu ultimo:**

¿Prueba de Papanicolaou? \_\_\_\_\_ ¿Exámen de senos? \_\_\_\_\_ Heces comprobar si hay sangre? \_\_\_\_\_  
¿Mamograma? \_\_\_\_\_ Control de colesterol? \_\_\_\_\_ ¿Examen de próstata? \_\_\_\_\_

---

### HISTORIA FAMILIAR

**¿Algún miembro de su familia (incluyendo padres, abuelos y hermanos) alguna vez ha tenido lo siguiente?**

Enfermedad		¿Qué miembros de la familia?	Edad aproximada al momento del diagnóstico
Cáncer (describa el tipo)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	_____	_____
Hipertensión (Presión arterial alta)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	_____	_____
Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	_____	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	_____	_____
Ictus	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	_____	_____
Enfermedad mental (ansiedad, depresión, etc.)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	_____	_____
Drogadicción o alcoholismo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	_____	_____
Glaucoma	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	_____	_____
Enfermedades hemorrágicas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	_____	_____
Otro: _____		_____	_____

---

### **MEDICAMENTOS (recetados, de venta libre, vitaminas, hierbas, etc.)**

Nombre del fármaco	Dosis	Nombre del fármaco	Dosis
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

## PREVENCIONES

- ¿Usas cinturones de seguridad?  No  Sí Si no, ¿por qué no? \_\_\_\_\_
- ¿Usas casco de bicicleta?  No  Sí  N/A En caso afirmativo, ¿cuántos paquetes por día? \_\_\_\_\_
- ¿Fumas?  No  Sí En caso afirmativo, cuánto por semana \_\_\_\_\_
- ¿Tomas bebidas alcohólicas?  No  Sí En caso afirmativo, ¿cuántas tazas al día? \_\_\_\_\_
- ¿Bebes café?  No  Sí En caso afirmativo, ¿cuántas tazas al día? \_\_\_\_\_
- ¿Tomas te?  No  Sí \_\_\_\_\_
- Si hay un arma en su casa, ¿es fuera del alcance de los niños y descargado?  No  Sí  N/A
- ¿Usas drogas? (marihuana, cocaína, crack, etc.)  No  Sí En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_
- ¿Ha participado alguna vez en alguna actividad que lo ha puesto en riesgo de contraer el SIDA?  No  Sí En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_
- ¿Desea hacerse la prueba del SIDA?  No  Sí
- ¿Alguna vez ha trabajado con productos químicos, pinturas asbesto u otro material peligroso?  No  Sí En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_
- ¿Está en una relación en la que su pareja lo lastimó físicamente (p. ej., le dio bofetadas, patadas, puñetazos, magulladuras)?  No  Sí
- ¿Alguna vez has sentido miedo de tu pareja?  No  Sí
- ¿Tiene un "testamento en vida"?  No  Sí
- ¿Tienes una tarjeta de donante?  No  Sí
- Método de control de la natalidad? \_\_\_\_\_

## AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Entiendo que, según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPPA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que esta inf

- Conducir, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa o indirectamente
- Obtener pago de terceros pagadores
- Llevar a cabo operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad y atención médica certificaciones

Recibí, leí y entiendo su *Aviso de Prácticas de Privacidad* que contiene una información más compleja descripción de los usos y divulgaciones de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho a cambiar su Aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando y que puedo comunicarme con la organización en cualquier momento a la dirección anterior para obtener una copia actual del *Aviso de Prácticas de Privacidad*.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinja cómo se usa o divulga mi información privada. para realizar tratamientos, pagos u operaciones de atención médica, también entiendo que no está obligado a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si está de acuerdo, entonces está obligado a cumplir con dichas restricciones.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN DE TARJETA DE CREDITO

Autorizo a Seaford Internal Medicine, LLC/D.C. Medical Services, LLC para mantener mi crédito/débito tarjeta en archivo. Entiendo que la tarjeta se usará si mi cuenta ha estado en mora por más de 90 días y no he hecho ningún esfuerzo para hacer los arreglos de pago.

\_\_\_\_\_  
Firma del titular de la tarjeta

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre del paciente:	Número de cuenta
Nombre del titular de la tarjeta:	Teléfono:
Dirección del portador de la tarjeta:	

Ciudad:	Estado:	Código postal:
____ VISA ____ MC		
Número de tarjeta de crédito:	Exp:	CVV:

## Consentimiento para divulgar información

Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Registros de liberación del médico: \_\_\_\_\_

Registros del médico/persona para recibir: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono/Fax: \_\_\_\_\_

### Información médica a enviar:

\_\_\_ Expediente médico completo, INCLUYENDO información relacionada con el tratamiento por abuso de sustancias o dependencia, tratamiento psiquiátrico o de salud mental, información relacionada con pruebas o tratamiento de enfermedades transmisibles, hepatitis y VIH? SIDA.

\_\_\_ Registros médicos completos, EXCLUYENDO la información relacionada con el tratamiento por abuso de sustancias o dependencia, tratamiento psiquiátrico o de salud mental, información relacionada con pruebas o tratamiento de enfermedades transmisibles, hepatitis y VIH? SIDA.

\_\_\_ Registros de atención de \_\_\_ a \_\_\_, INCLUYENDO información relacionada con el tratamiento por abuso de sustancias o dependencia, tratamiento psiquiátrico o de salud mental, información relacionada con pruebas o tratamiento de enfermedades transmisibles, hepatitis y VIH? SIDA.

\_\_\_ Registros de atención de \_\_\_ a \_\_\_, EXCLUYENDO información relacionada con el tratamiento por abuso de sustancias o dependencia, tratamiento psiquiátrico o de salud mental, información relacionada con pruebas o tratamiento de enfermedades transmisibles, hepatitis y VIH? SIDA.

Si lo considera necesario DR. \_\_\_\_\_, autorizo que esta información sea enviada vía fax transmisión.

Esta liberación se aplica a toda la información en mi registro médico protegida bajo las regulaciones en el Código 42 de Regulaciones Federales Parte 2.

Autorizo que se divulgue información médica como se indicó anteriormente. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento proporcionando consentimiento por escrito a la parte mencionada anteriormente. Entiendo que puede haber un cargo involucrados cuando se solicitan copias.

No caducara a menos que sea notificada por la paciente.

\_\_\_\_\_  
Paciente o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha



**IQSalud**

**¡Bienvenido a su portal seguro para pacientes!**

Estimado paciente,

Nos complace ofrecerle un nuevo sistema de información a través de United Medical Physicians llamado **IQHealth**. Este sistema permite interacciones basadas en la web entre los pacientes y nuestra oficina. Usted será capaz de:

- Ver los resultados de su prueba
- Pedir una cita
- Solicitar recargas de medicamentos
- Actualizar información demográfica
- Enviar y recibir mensajes
- Lleve un registro de su salud

Para aprovechar esta nueva característica, necesitaremos su dirección de correo electrónico. A continuación, recibirá una única invitación segura por correo electrónico de **IQHealth.com** para configurar una cuenta. Simplemente haga clic en el enlace de su correo electrónico y sigue las indicaciones para activar tu cuenta. Para cualquier pregunta o inquietud, comuníquese con la oficina para asistencia.

Esperamos que este nuevo sistema haga que la comunicación con nuestra oficina sea más fácil y conveniente. Si tu escoges

Si no desea participar, aún puede comunicarse con la oficina por teléfono y correo.

Sinceramente,

**Servicios Médicos de DC, LLC y Medicina Interna de Seaford, LLC**

.....  
**deseo participar**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico:

Los últimos 4 dígitos del número de Seguro Social:

**no deseo participar**

Nombre: \_\_\_\_\_

DCMS/SIM se dedica a brindar a nuestros pacientes el más alto nivel de atención. Creemos que nuestros pacientes reciben lo mejor posibles cuidados cuando participan en su tratamiento médico. Un **hogar médico centrado en el paciente** es una asociación entre un paciente informado y representantes autorizados y un equipo de atención dirigido por un médico.

Como su hogar médico, haremos lo siguiente:

- ✓ Permitirle seleccionar un médico personal y un equipo de atención que lo conozca
- ✓ Ayudar a mejorar su bienestar general, incluida la salud conductual, aprendiendo sobre usted, su familia, su situación de vida y preferencias de salud
- ✓ Respete su privacidad y mantenga su información confidencial a menos que nos dé permiso por escrito o sea requerido por ley
- ✓ Informarle sobre su condición de salud de una manera que pueda entender
- ✓ Cuidar de su enfermedad a corto plazo, enfermedad crónica a largo plazo y atención preventiva
- ✓ Colaborar con sus otros proveedores de atención médica para coordinar su atención
- ✓ Notificarle los resultados de su prueba usando nuestro portal del paciente o por teléfono o de texto
- ✓ Mantenerse al día de todas tus vacunas y estudios preventivos
- ✓ Recordarle cuándo deben realizarse las pruebas para ayudar a prevenir retrasos en su diagnóstico y tratamiento
- ✓ Usar las pautas actuales basadas en la evidencia y brindar apoyo para la gestión del autocuidado
- ✓ Brindar la atención que satisfaga sus necesidades y se ajuste a sus metas y valores
- ✓ Discutir y revisar su plan de atención y proporcionar recursos educativos
- ✓ Brindarle información sobre clases, grupos de apoyo u otros servicios que pueden ayudarlo a aprender más sobre su condición y mantenerse saludable

Otra información importante:

- ✓ Tenemos horarios extendidos donde los médicos pueden acceder a sus registros médicos electrónicos.
- ✓ Nuestros médicos de guardia están disponibles para hablar fuera del horario de atención para necesidades urgentes llamando a los números de nuestra oficina principal
- ✓ Lo alentamos a usar IQ Health, nuestro portal seguro para pacientes para acceder a su información de salud y comunicarse con nosotros para asuntos no urgentes durante y después del horario de oficina.

Confiamos en usted, nuestro paciente para:

- ✓ Participar como socio pleno en su cuidado
- ✓ Entienda su condición de salud y háganos saber si hay algo que no entiende
- ✓ Infórmenos sobre sus necesidades e inquietudes de salud
- ✓ Tome sus medicamentos según lo prescrito
- ✓ Venga a cada visita con cualquier actualización sobre medicamentos, suplementos dietéticos o remedios que esté usando y háganos saber si necesita una recarga
- ✓ Mantenernos actualizados con los cambios en su historial personal, familiar, médico y social
- ✓ Infórmenos si lo atendió algún otro proveedor o en algún centro y/o si le ordenaron alguna prueba y/o medicamento prescrito por ellos

- ✓ Solicitar a otros proveedores que nos envíen sus informes
- ✓ Conozca lo que cubre su seguro y háganos saber si un servicio no está cubierto; pague su parte de cualquier tarifa
- ✓ Cumpla con sus citas programadas y avísenos con al menos 24 horas de anticipación si necesita cancelar
- ✓ Llámenos si no recibe los resultados de su prueba dentro de 2 semanas
- ✓ Si es posible, infórmenos si va a ir a la sala de emergencias para que podamos ayudarlo con su tratamiento
- ✓ Siga el plan de atención que ha acordado, o infórmenos por qué no puede hacerlo para que podamos intentar ayudarlo y cambiar el plan.
- ✓ Danos tu opinión sobre cómo podemos mejorar nuestros servicios

Tanto usted como su médico pueden poner fin a esta asociación en cualquier momento. Si decide terminar esta asociación, notifíquenos y díganos por qué. ¡Gracias por elegirnos como su socio de salud! Por favor reconozca a continuación.

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

---

Firma del paciente

Fecha

## POLÍTICA DE LA OFICINA

Nuestro objetivo es proporcionar y mantener una buena relación médico-paciente. Informarle con anticipación sobre nuestra política de oficina permite un buen flujo de comunicación y nos permite lograr nuestro objetivo. Por favor, lea esto cuidadosamente y si tiene alguna pregunta, por favor haga no dude en preguntar a un miembro de nuestro personal.

1. A su llegada, regístrese en la recepción y presente su tarjeta de seguro actual en cada visita. Se le pedirá que firme y feche la copia del archivo de la tarjeta. Esta es su verificación del seguro correcto y su consentimiento para facturarlos en su nombre o en el de su hijo.  
SI LA COMPAÑÍA DE SEGUROS QUE USTED DESIGNA ES INCORRECTA, USTED SERÁ RESPONSABLE DEL PAGO DE LA VISITA Y SOMETER LOS CARGOS AL PLAN CORRECTO.
2. Si somos su médico de atención primaria, asegúrese de que nuestro nombre o número de teléfono aparezca en su tarjeta. Si su seguro empresa no ha sido informada de que somos sus médicos de atención primaria a partir de esta fecha, usted puede ser financieramente responsable para la visita Si su seguro es a través de un accidente automovilístico, debe proporcionar a la oficina el nombre del seguro. compañía, el número de reclamo, el nombre y número de teléfono de los ajustadores, y cualquier información relacionada con esto. También eres responsable de completar la solicitud de PIP.
3. De acuerdo con su plan de seguro, usted es responsable de todos y cada uno de los copagos, deducibles y coseguros.
4. Usted es responsable de cualquier saldo en su cuenta. Todos los pacientes que pagan por cuenta propia deben pagar el SALDO COMPLETO en el momento de visita TODOS LOS COPAGOS, REDUCIBLE y saldos deben pagarse en el momento de la visita. Si no tiene copago, se le pedirá que reprogramar su cita.
5. Es su responsabilidad entender su plan de beneficios. Es su responsabilidad saber si una remisión o autorización por escrito se requiere ver a especialistas, si se requiere autorización previa antes de un procedimiento y qué servicios están cubiertos. también es tu responsabilidad de confirmar que se ha tramitado una autorización previa.
6. Si nuestros médicos no participan en su plan de seguro, se espera que realice el pago total en el momento de su visita al consultorio. Para citas programadas, los saldos anteriores deben pagarse antes de la visita.
7. Si no tiene seguro, el pago de una visita al consultorio debe realizarse en el momento de la visita.
8. Los copagos vencen al momento del servicio. Se cobrará una tarifa de procesamiento (o tarifa de servicio) de \$ 5.00 además de su copago si los copagos no se pagan al momento del servicio o al final del siguiente día hábil.
9. Los saldos de los pacientes se facturan inmediatamente después de recibir la explicación de los beneficios de su plan de seguro. Tu remesa vence dentro de los 10 días hábiles posteriores a la recepción de su factura.
10. Si no se han hecho arreglos previos con nuestra oficina de finanzas; cualquier saldo de más de 90 días se enviará a un agencia de cobros. La oficina se comunicará con usted por teléfono y le dejará un mensaje si no está disponible. Vas a ser responsable de las tarifas y cargos de cobranza, incluido el 30% que cobra la agencia de cobranza.
11. Si participa en un plan de salud con deducible alto, requerimos una copia de la tarjeta de débito/crédito de la cuenta de ahorros para la salud o una tarjeta de crédito personal permanece en el archivo. Hay apéndices a esta política financiera, que se firman por separado.
12. Requerimos un aviso de 24 horas para cancelar cualquier cita o \$25 pagar.

13. Se cobrará un cargo de \$25 por cualquier cheque devuelto por fondos insuficientes, más cualquier cargo bancario incurrido.
14. Cobramos una tarifa por la copia o transferencia de registros médicos. Hay una tarifa por cualquier formulario completado. El pago vence cuando el se dejan los formularios. Tenemos un tiempo de respuesta de 7 días hábiles para los formularios. Cobramos \$100 por página si se necesita el formulario para ser completado dentro de las 24 horas.
15. Se necesita un aviso previo para todas las referencias que no sean de emergencia, generalmente de 3 a 5 días hábiles. Es su responsabilidad saber si un especialista seleccionado participa en su plan. Recuerde que su médico de atención primaria debe aprobar las referencias antes de ser emitido.
16. Antes de hacer una cita física anual, consulte con su compañía de seguros si la visita estará cubierta como un visita saludable. No todos los planes cubren exámenes físicos anuales saludables o exámenes de audición y visión. Es su responsabilidad saber los beneficios de su plan de seguro. Si no está cubierto, será responsable del pago en el momento de la visita.
17. No todos los servicios proporcionados por nuestra oficina están cubiertos por todos los planes. Cualquier servicio que se determine que no está cubierto por su plan sea tu responsabilidad.
18. Aceptamos efectivo, cheques, MasterCard, Visa, Discover y tarjetas de débito.
19. Todos los mensajes que no son de emergencia para los médicos se revisan al final del día después de que los médicos hayan terminado de ver a los pacientes.
20. Todas las sustancias controladas y antibióticos requerirán una cita para todas y cada una de las recargas. Ninguna sustancia controlada o los antibióticos se dispensarán sin cita previa. No habrá excepción con respecto a esta política.

**RECONOCIMIENTO DE LA POLÍTICA DE LA OFICINA**

He leído y entiendo la política de la oficina y estoy de acuerdo en cumplir y acepto la responsabilidad de cualquier pago que venga como esbozado anteriormente.

Nombre (s) del paciente \_\_\_\_\_

---

Nombre del miembro de la parte responsable

Parentesco

---

Firma del miembro responsable

Fecha