

FORMA DE REGISTRO PARA PACIENTES



Información del Paciente	Información del Paciente				
	Apellido(s):		Primer Nombre:	Inicial 2do Nombre.:	Nombre Previo (si aplica):
	Dirección:		Apto. #		
	Ciudad/Estado/Código Postal:				
	Teléfono de Casa:		Número Celular:	Teléfono del Trabajo:	
	Método preferido de contacto para recordatorios y otros mensajes generados electrónicamente: (Por favor seleccione una opción) ☐ Llamada ☐ Mensaje de Texto			Si escoge llamada, seleccione su preferencia: ☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo	
	Medico familiar o Pediatra:		Fecha de Nacimiento:		Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.
	Estado Marital:		Número de Seguro Social (SSN)#:		
	Nombre de su Empleador:		Nombre de su contacto de Emergencia:		
	Teléfono de Contacto de Emergencia #:			Relación con el Paciente:	
Si el paciente es menor de edad (18 años), el padre o guardián legal será nombrado como la Persona Responsable del Menor (guardián legal)	Si el paciente es menor de edad (18 años), el padre o guardián legal será nombrado como la Persona Responsable del Menor (guardián legal)				
	Apellido(s)::		Primer Nombre:		
	Fecha de Nacimiento:		Número de Seguro Social (SSN)#:	Teléfono:	
	Dirección de la Persona Responsable:				
	Ciudad/Estado/Código Postal:		Relación con el Paciente:		
	Información Adicional (POR FAVOR LLENE TODAS LAS SECCIONES SIGUIENTES)				
	Dirección de correo electrónico:			¿Podemos dejar un mensaje con su información de salud y resultados de pruebas? ☐ Sí ☐ No	
	Raza (por favor seleccione): ☐ Caucasian ☐ American Indian or Alaska Native ☐ Asian ☐ Hispano ☐ Afro Americano ☐ Hawaiano Nativo o Pacific Islander ☐ Otro ☐ Reúso a responder			Etnicidad (por favor seleccione uno): ☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano o Latino ☐ Reúso a responder	
	Lenguaje Preferido (Seleccione uno): ☐ Español ☐ Inglés ☐ Hindú (incluyendo Hindi & Tamil) ☐ Lenguaje de Señas ☐ Bosnia ☐ Ruso ☐ Otro				
	Dirección de su farmacia de preferencia y teléfono:				
Insurance Information	Seguro Médico Primario		Seguro Médico Secundario		
	Nombre del Seguro:		Nombre del Seguro:		
	Persona Titular de la Póliza:		Persona Titular de la Póliza:		
	Fecha de Nacimiento de Persona Titular de la Póliza:		Fecha de Nacimiento de Persona Titular de la Póliza:		
	Número de Seguro Social SSN#:		Número de Seguro Social SSN#:		
	Relación del Paciente con la Persona Principal de la Póliza:		Relación del Paciente con la Persona Principal de la Póliza:		

Yo certifico que he leído y acepto las políticas de pago de Medicorp, PA d/b/a My Family Doctor ("Medicorp"). Yo soy titular a beneficios de el Seguro Médico indicado en esta forma y entiendo que hay responsabilidad de pagos asociados a esta independientemente de la cobertura de mi seguro. Por este presente, asigno a Medicorp acreedor de todo el dinero al que yo soy elegible por beneficios de gastos médicos en proporción a servicios médicos que se brinden a mi persona. Yo autorizo a Medicorp que transmita cualquier información medica a mi seguro médico u otra compañía como sea necesario para facilitar el pago de facturas médicas. Yo entiendo que fallar a pagar balances dentro de 90 días de notificación, resultara en la colección por medio de una Agencia de Colecciones. Cargos de \$20.00 serán cobrados por cheques devueltos debido a fondos insuficientes. Elijo recibir comunicaciones de Medicorp por texto o e-mail en el número o dirección que anoté arriba, incluyendo pero sin limite a citas, tratamiento y cobros. Entiendo que tales mensajes pueden no ser seguros y hay riesgo de que sean leídos por otra entidad. BENEFICIARIOS DE MEDICARE: Yo solicito que pagos autorizados por beneficios de Medicare sean cobrados por Medicorp. Yo autorizo que mi información médica sea transmitida a CMS (Centros de Medicaid y Medicare) y sus agentes tal y como sea necesario para determinar mis beneficios para pagos de servicios.

Yo revisé una copia de la póliza de privacidad de Medicorp. ☐ (Iniciales)

Firma del Responsable X _____

Nombre del Responsable X _____

Fecha: _____

POLÍTICA FINANCIERA

- Auto-Pago. Ofrecemos precios competitivos para pacientes que no tienen seguro médico o cuyo seguro no ofrece cobertura para los servicios necesarios. Si no tiene seguro, deberá pagar todos los servicios antes de recibir el tratamiento.
- Seguros. Participamos en la mayoría de los planes de seguro, incluido Medicare. Si no está asegurado por un plan que aceptamos, se espera un pago completo en cada visita. Si está asegurado por un plan que aceptamos pero no tenemos una tarjeta de seguro actualizada, se requiere el pago completo de cada visita hasta que podamos verificar su cobertura. Conocer sus beneficios de seguro es su responsabilidad. Comuníquese con su compañía de seguros si tiene preguntas sobre su cobertura o beneficios.
- Copagos y Deducibles. Todos los copagos y deducibles se deben pagar al momento del servicio. Este acuerdo es parte de su contrato con su compañía de seguros. La falta por nuestra parte de cobrar los copagos y deducibles de los pacientes puede considerarse fraude. Ayúdenos a cumplir con la ley pagando su copago o deducible en cada visita.
- Servicios no Cubiertos. Tenga en cuenta que algunos, y tal vez todos, los servicios que recibe pueden no estar cubiertos o ser considerados razonables o necesarios por Medicare u otros aseguradores. Debe pagar por estos servicios en su totalidad al momento de la visita.
- Prueba de Seguro. Todos los pacientes deben completar nuestro formulario de información del paciente antes de ver al médico. Debemos obtener una copia de su licencia de conducir y de la tarjeta de seguro válida actual para proporcionar un comprobante de seguro. Si no nos proporciona la información de seguro correcta de manera oportuna, puede ser responsable del saldo de cualquier reclamación.
- Envío de Reclamaciones. Presentaremos sus reclamaciones y le ayudaremos de cualquier manera que podamos para que sus reclamaciones sean pagadas. Su compañía de seguros puede necesitar que usted proporcione cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud. Tenga en cuenta que el saldo de su reclamo es su responsabilidad, ya sea que su compañía de seguros pague o no su reclamo.
- Cambios en la Cobertura. Si su seguro cambia, notifiquenos antes de su próxima visita para que podamos hacer los cambios apropiados para ayudarlo a recibir sus beneficios máximos. Si su compañía de seguros no paga su reclamación en 45 días, el saldo se le facturará automáticamente.
- Falta de Pago. Si su cuenta tiene más de 90 días de vencimiento, recibirá una carta indicando que tiene 20 días para pagar su cuenta en su totalidad. Los pagos parciales no serán aceptados a menos que se negocie lo contrario. Tenga en cuenta que si un saldo no se paga, podemos remitir su cuenta a una agencia de cobranza y usted y sus familiares inmediatos pueden ser dados de alta de esta práctica. Si esto ocurriera, se le notificará por correo que tiene 30 días para buscar atención médica alternativa. Durante ese período de 30 días, nuestro médico solo podrá atenderlo en caso de emergencia.
- Planes de Pago. Estamos comprometidos a cuidar a todos los miembros de la comunidad, incluidos aquellos que experimentan dificultades financieras. En casos especiales que involucran dificultades financieras o necesidades, podemos permitirle pagar el saldo de su cuenta a lo largo del tiempo. En ese caso, se le pedirá que firme un pagaré en el que acepta realizar pagos periódicos en cuotas hasta que el saldo de su cuenta se pague por completo.

POLITICA DE NARCOTICOS

El tratamiento del dolor crónico con narcóticos ha resultado en miles de muertes, abuso y desviación de narcóticos en nuestras escuelas y la sociedad. Texas es uno de los estados más afectados por esta epidemia. Después de evaluar las nuevas pautas para dispensar narcóticos para el tratamiento del dolor crónico, hemos determinado que, excepto en raras circunstancias siguiendo los protocolos que se detallan a continuación, nuestras instalaciones no manejarán el dolor crónico con narcóticos. My Family Doctor ofrece un tratamiento conservador y sin narcóticos para el dolor crónico asociado con algunas afecciones médicas, incluidos medicamentos orales no narcóticos, fisioterapia, férulas, ejercicio, calor y frío, etc. En el caso de una necesidad legítima de terapia narcótica para el tratamiento del dolor crónico, recomendamos obtener atención en un centro que trate específicamente el dolor crónico. Los pacientes que eligen recibir tratamiento de un centro para el manejo del dolor aún podrán ser tratados por sus otros problemas médicos por parte de My Family Doctor.

En raras ocasiones en las que su médico determina que el tratamiento a corto plazo con analgésicos opioides es clínicamente adecuado, se le solicitará que proporcione un conjunto completo de registros médicos de su médico anterior y que se someta a una prueba de detección de drogas en orina. También obtendremos un informe del estado que muestra qué sustancias controladas, si las hubiera, le fueron recetadas en el último año. Requerimos estos elementos para tomar buenas decisiones sobre su tratamiento. Tenga en cuenta que al menos una vez al año, deberá proporcionar una muestra de orina. También obtendremos un informe del estado, al menos una vez al año, que describe las recetas que ha recibido de las farmacias. Como parte de su plan de tratamiento con opioides, le pediremos que firme un acuerdo de sustancias controladas. Lea este acuerdo detenidamente, ya que contiene información útil y detallada que no se describe en este aviso. Para brindarle la mejor atención posible, tendremos que controlar sus recetas. Esto se hará durante las visitas programadas a la oficina. La mayoría de los pacientes deberán ser atendidos al menos una vez cada uno a tres meses. Sus recetas se escribirán para durar hasta su próxima visita. Si tiene un problema con su condición entre visitas al consultorio, debe programar una visita al consultorio en ese momento. Tenga en cuenta que los resurtidos de medicamentos recetados de opioides no se entregarán por teléfono a menos que lo haya acordado con su médico con anticipación. Cualquier medicamento perdido o robado no será reemplazado. Además, se espera que use otros tratamientos médicos para mejorar su dolor. Puede que no sea posible eliminar completamente todo su dolor. Sin embargo, nuestro objetivo en muchos casos es devolver su funcionalidad a un nivel aceptable. Su equipo de atención médica puede brindarle el mejor tratamiento si tenemos una buena comunicación. Usted y sus proveedores de atención médica deben respetarse mutuamente para que el tratamiento continúe.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR

Por la presente autorizo a los empleados y agentes de Medicorp, PA d/b/a My Family Doctor (incluidos los médicos, asistentes médicos, enfermeras practicantes y otros empleados y miembros del personal) a brindar evaluaciones médicas y cuidados al paciente que se indica a continuación. La duración de este consentimiento es indefinida y continúa hasta que yo la revoque por escrito. Entiendo que al no firmar este consentimiento, no se brindará atención médica al paciente / yo, excepto en el caso de una emergencia.

ENTIENDO Y ACEPTO TODAS LAS POLÍTICAS MENCIONADAS:

Doy mi consentimiento para que _____ autorice la evaluación y el tratamiento para el paciente identificado arriba cuando no estoy disponible. Entiendo que esto autoriza a la (s) persona (s) anterior (es) a dar su consentimiento para procedimientos médicos / quirúrgicos e inmunizaciones para el paciente. La duración de este consentimiento es indefinida y continúa hasta que yo la revoque por escrito.

FIRMA

FECHA

FIRMA DEL PADRE / TUTOR LEGAL

FECHA