

Texas Diabetes y Endocrinología, P.A

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo legal: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Estado civil (marque con un círculo): Soltero / Casado / Separado / Divorciado / Viudo / Otros _____

Raza (marque con un círculo): Blanco / Afro Americano / Asiático / Indios Americanos / Otro _____

Etnicidad: _____ Idioma Preferido: _____

Número de Seguro Social: _____ Licencia de Conducir: _____ Estado: _____

Nombre del empleador: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Nombre de Aseguradora primaria: _____ #de Poliza: _____ # de Grupo _____

Nombre de Aseguradora secundaria: _____ #de Poliza: _____ # de Grupo _____

Beneficios de farmacia: _____ #de Poliza: _____ #de grupo rx: _____ # de bin rx _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Refiriéndose Médico: _____ Teléfono: _____

Los medios de comunicación más convenientes para citas, resultados de laboratorio e información general:

Tenga en cuenta: si proporciona una dirección de correo electrónico, podemos comunicarnos con usted a través de nuestro portal para pacientes.

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono del trabajo: _____ Email: _____

Los recordatorios de citas se envían a través de un servicio automatizado por mensaje de texto y / o correo electrónico.

Si esto no es conveniente, háganoslo saber.

Si no desea que se le recuerde ninguna cita futura, seleccione esta casilla: _____ NO CONTACTAR

**** POR FAVOR INFORME A NUESTRA OFICINA DE CUALQUIER SEGURO, NÚMERO DE TELÉFONO O CAMBIOS DE DIRECCIÓN ANTES DE CUALQUIER VISITA FUTURA ****

Firma: _____

Fecha: _____

PACIENTES MENORES - por favor proporcionan un padre o Nombre y número de Seguro Social del tutor

Padre / Tutor (impresión) _____

Padre / Tutor (firma) _____

SS # _____

Por favor, tenga en cuenta que nuestra política de privacidad se puede encontrar en la sala de espera para que los revise.
Si tiene alguna pregunta relacionada con esta política, por favor pregunte en la recepción.

Texas Diabetes y Endocrinología, P.A.

Paciente Hoja de Poliza Financiera

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

Todos los pagos se deben al momento del servicio. Esto incluye copagos, deducibles y coseguros.

Su seguro:

Si somos proveedores de su seguro, facturaremos su seguro y recaudaremos solo el monto de responsabilidad del paciente al momento del servicio. **ES SU RESPONSABILIDAD INFORMARNOS DE CUALQUIER CAMBIO CON SU SEGURO.** Muchos planes de seguro tienen "plazos de presentación oportunos". Si no se nos proporciona información precisa al momento del servicio, usted será responsable del pago completo de todos los servicios prestados. Tenga en cuenta que su seguro es un contrato entre usted y la compañía de seguros. No todos los seguros cubrirán los procedimientos. **Si bien hacemos un intento de buena fe para verificar la cobertura, no podemos garantizar que la información que nos haya proporcionado usted o su seguro sea correcta. Es su responsabilidad saber qué servicios pueden o no estar cubiertos por su seguro.** Texas Diabetes & Endocrinology tiene contratos de proveedores preferidos con la mayoría de las principales compañías de seguros. Comuníquese directamente con su compañía de seguros para determinar su cobertura.

Tenga en cuenta: si tiene Medicaid u obtiene Medicaid en cualquier momento durante su atención, comprende que TD&E lo acepta como paciente privado de pago y que usted es responsable del pago de todos los servicios prestados al momento del servicio. TD&E no presentará un reclamo a Medicaid por los servicios que se le brindan. Su firma a continuación indica su comprensión y acuerdo con esta política.

Pacientes de pago privado:

- A partir del 15/06/20, todos los pacientes nuevos y existentes de Private Pay deberán guardar de forma segura una tarjeta de crédito en el archivo antes de su cita programada. El siguiente día hábil, se aplicará un descuento del 20% antes de deducir el saldo de la tarjeta de crédito registrada. (Consulte la sección titulada "Pago automático conveniente" a continuación para obtener más detalles)
- Si el paciente no prefiere colocar una tarjeta de crédito en el archivo, el gasto de bolsillo estimado para la cita se requerirá en su totalidad antes de registrarse. El pago puede hacerse por teléfono o en persona.

Los pacientes menores:

- Para todos los servicios prestados a pacientes menores de edad, vamos a ver al adulto que acompañe al paciente y los padres o tutores con la custodia para el pago.

Otros cargos:

- En ciertas circunstancias, su proveedor puede cobrar por servicios telefónicos que incluyen discusiones médicas más extensas. Este cargo se le facturará directamente.

Pagos:

- Aceptamos efectivo, tarjetas de débito, Visa, Mastercard, Discover, American Express y cheques personales.
- Los saldos pendientes vencen dentro de los 30 días de su primer recordatorio de pago enviado por correo electrónico.
- Si el pago no se recibe dentro de los 60 días, su cuenta puede ser enviada a una agencia de cobranzas. Se agregará a su cuenta una tarifa administrativa del 30% de su saldo total. Tenga en cuenta: si tiene una cita programada, el saldo total se deberá al momento del check-in. Si no puede pagar el monto total, se puede hacer un acuerdo de pago con una tarjeta de crédito registrada. Si no resuelve su cuenta, se cancelarán sus citas.
- Si experimenta circunstancias fuera de su control, comuníquese con nuestra oficina de facturación y estaremos encantados de hacer los arreglos de pago,

- **Conveniente pago automático:**

Conserve su tarjeta de crédito en el archivo en un entorno seguro y encriptado. Esta función está disponible para garantizar que todos sus pagos se reciban a tiempo y lo ayuda a evitar la tarifa administrativa del 30% si se paga después de 60 días. Al inscribirse en un pago automático conveniente, podemos utilizar para cobrar copagos y facturar su seguro primero y notificarle por correo electrónico 5 días antes de que su tarjeta de crédito se registre para los saldos adeudados.

He leído y entiendo la política financiera de la práctica, y estoy de acuerdo en estar obligado por sus términos. También entiendo y estoy de acuerdo que la práctica podrá modificar los términos de vez en cuando.

Nombre impreso del Paciente

Firma del paciente o la persona responsable si un menor de edad

Fecha

Texas Diabetes y Endocrinología, P.A.

Recordatorios amistosos para el paciente

Citas: Haremos todos los esfuerzos posibles para programar una cita dentro de un marco de tiempo razonable con uno de nuestros profesionales. Agradecemos a nuestros pacientes y comprendemos que su tiempo es valioso. Nuestro objetivo es ser lo más puntuales posible y atenderlo de manera oportuna. Requerimos un aviso de 24 horas para cancelar su cita. Esto nos permite dar su cita a otro paciente. Hay un cargo de \$ 50 por citas no show y cancelaciones el mismo día. Si no podemos confirmar su cita debido a números de teléfono incorrectos, su cita será cancelada.

Informe y revisión de laboratorio: las pruebas de laboratorio son una herramienta necesaria en el tratamiento de enfermedades crónicas. Es importante que se realice las pruebas de laboratorio y cumpla con sus citas de seguimiento para analizar su plan de atención. Si las pruebas de laboratorio se realizan entre visitas, los resultados se informarán dentro de dos semanas a través de nuestro portal para pacientes o por correo. Usted puede ser contactado por teléfono por una enfermera con instrucciones. Espere dos semanas antes de ponerse en contacto con nuestra oficina para tener tiempo de procesar el laboratorio, revisarlo y enviarlo por correo. Si desea que revisemos e interpretemos laboratorios realizados en otro lugar, obtenga copias de los laboratorios y tráigalos a la cita. **TENER EN CUENTA: LABORATORIOS DE PATOLOGÍA CLÍNICA (CPL) ES NUESTRO LABORATORIO DESIGNADO. SI UTILIZA UN LABORATORIO DIFERENTE, NOTIFIQUE A SU PROVEEDOR EN SU VISITA. NO SOMOS RESPONSABLES DE LA OBTENCIÓN DE LABORATORIOS REALIZADOS EN OTRAS OFICINAS.**

Recargas de medicamentos: proporcionamos recetas de 30 o 90 días y las recargas se realizan al momento de su cita. Enviamos recetas electrónicamente, por lo que si está utilizando una empresa de envío por correo, infórmeles cuándo desea que le surtan y envíen sus recetas. Si necesita una recarga entre visitas, no se comunique con nuestra oficina. Póngase en contacto con su farmacia y le enviarán una solicitud de renovación en su nombre. Por favor, espere 48 horas para el procesamiento de estos resurtidos.

Llamadas telefónicas de enfermera: Para atender mejor sus necesidades, las enfermeras están disponibles por teléfono desde las 8:30 a.m. - 12:00 pm. y 1:30 p.m. - 4:30 pm. Si las enfermeras no están disponibles, deje un mensaje de correo de voz. El correo de voz se revisa por la mañana y después del almuerzo. Los mensajes que se dejan en la mañana serán devueltos el mismo día. Mensajes que quedan después de las 4:30 p.m. será devuelto el siguiente día hábil. Si tiene una solicitud urgente, hable directamente con la recepcionista y no deje un mensaje.

HIPAA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

Por favor escriba los nombres y las relaciones de todas las personas TDE está autorizado a revelar información médica a.

| Nombre | Relación | Número de contacto |
|--------|----------|--------------------|
|--------|----------|--------------------|

| | | |
|--------|----------|--------------------|
| Nombre | Relación | Número de contacto |
|--------|----------|--------------------|

| | | |
|--------|----------|--------------------|
| Nombre | Relación | Número de contacto |
|--------|----------|--------------------|

Nombre impreso del paciente

Fecha de Nacimiento

Firma del paciente o parte responsable si un menor

Fecha