

Demográficos del Paciente

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: _____ Telefono: _____ Relación: _____

Refiriéndose Médico: _____ Telefono: _____

La mayoría de los medios convenientes de comunicación para las citas, resultados de laboratorio e información general:

Nota: 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

****INFORMAR A NUESTRA OFICINA DE CUALQUIER SEGURO, NÚMERO DE TELÉFONO O CAMBIOS DE DIRECCIÓN****

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.

Información del paciente - Revisado

Debido a los numerosos cambios en la asistencia sanitaria y de nuestra capacidad para cumplir con los cambios y el crecimiento de nuestra práctica, hemos diseñado las siguientes políticas y procedimientos de nuestra oficina.

Citas: Vamos a hacer todo lo posible para programar una cita dentro de un plazo razonable, con un médico calificado. Valoramos a nuestros pacientes y entendemos que su tiempo es valioso. Nuestra meta es ser lo más puntual posible y verte en el momento oportuno. Se les pedirá a los pacientes que llegan tarde a sus citas de rutina para reprogramar. Pedimos que los pacientes nos piden 24 horas de antelación para cancelar su cita. Esto nos permite dar su tiempo a otro paciente que pueda necesitarlo. Habrá un cargo de \$50 para no mostrar las citas y cancelaciones mismos días.

Extensores médicos: Texas Diabetes & Endocrinology utiliza asistentes médicos y enfermeras de práctica avanzada para ayudar en la prestación de atención médica. Los asistentes médicos y las enfermeras de práctica avanzada no son médicos, sin embargo, pueden diagnosticar, tratar y controlar enfermedades comunes agudas y crónicas, así como proporcionar atención de mantenimiento de la salud. Un asistente médico se graduó de un programa de capacitación certificado y tiene licencia de la junta médica estatal. Una enfermera de práctica avanzada es una enfermera registrada que ha recibido educación y capacitación avanzada en la provisión de atención médica. Los enfermeros practicantes y los especialistas en enfermería clínica son enfermeros de práctica avanzada. Su firma a continuación indica que entiende que algunos servicios pueden ser prestados por un Extendedor Médico.

Laboratorio de Información y opinión: Las pruebas de laboratorio son una herramienta necesaria en el tratamiento de afecciones crónicas. Es importante que se haga las pruebas de laboratorio y asista a sus citas de seguimiento para analizar su plan de atención. Si se realizan pruebas de laboratorio entre visitas, los resultados se informarán dentro de las dos semanas a través de nuestro portal para pacientes o por correo. Es posible que una enfermera lo contacte por teléfono con instrucciones. Espere dos semanas antes de comunicarse con nuestra oficina para dar tiempo al procesamiento de laboratorio, revisión y envío de resultados. Si desea que revisemos e interpretemos los laboratorios realizados en otro lugar, obtenga copias de los laboratorios y tráigalos con usted a la cita. **TENGA EN CUENTA: TODOS LOS PEDIDOS DE LABORATORIO SE ENVÍAN ELECTRÓNICAMENTE A LABORATORIOS DE PATOLOGÍA CLÍNICA (CPL), COMO NUESTRO LABORATORIO DESIGNADO. SI UTILIZA UN LABORATORIO DIFERENTE, AVISE A SU PROVEEDOR EN SU VISITA. NO SOMOS RESPONSABLES DE OBTENER LABORATORIOS HECHOS EN OTRAS OFICINAS.**

Medicación Repuestos: Proporcionamos recetas de 30 y / o 90 días por hasta un año, cuando su farmacia le notifica que su receta ha expirado. Sin embargo, si no asiste a sus citas de forma rutinaria, realiza un seguimiento del trabajo de laboratorio según lo solicitado o cumple con su Plan de atención, **solo permitiremos** que los reabastecimientos lo lleven a su próxima cita (por lo general, solo un suministro de 3-4 meses) . Esto es estrictamente para la seguridad y el cumplimiento del paciente. Enviamos recetas electrónicamente, por lo que si está utilizando una compañía de pedidos por correo, notifíquenos cuándo desea que se despachen 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 recarga en su nombre. Por favor, espere 48 horas para procesar estas recargas.

Llamadas de enfermeras: para atender mejor sus necesidades, las enfermeras están disponibles por teléfono desde las 8:00 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 varias veces durante el día. Si es un paciente del portal, envíe un mensaje del portal para todas sus necesidades: debe recibir una respuesta dentro de las 24 horas o antes. Si no desea unirse a nuestro portal y necesita llamar y dejar un mensaje, tenga en cuenta que la devolución de la llamada puede demorar hasta 72 horas para todos los artículos NO URGENTES. Si tiene una solicitud urgente, hable directamente con la recepción y no deje un mensaje. * Tenga en cuenta: el portal para pacientes MyTDE es el medio de comunicación más conveniente para citas, resultados de laboratorio e información general. Si proporciona una dirección de correo electrónico, podemos comunicarnos con usted a través de nuestro portal para pacientes MyTDE.

Cartas y formularios: si solicita que generemos una carta en su nombre, se le cobrará a su cuenta \$ 25.00. La tarifa se debe pagar cuando se solicita la carta. Este no es un beneficio de seguro cubierto y se facturará directamente al paciente. Si extravía algún formulario generado por esta oficina, se le cobrará un cargo de \$ 10.00 por reemplazarlo. Este no es un beneficio de seguro y se debe pagar al momento de la solicitud. Esto incluye recetas perdidas, requisiciones de laboratorio y órdenes médicas para pruebas.

Cómo contactarlo: Texas Diabetes & Endocrinology y cualquiera de nuestros afiliados o proveedores, como las agencias de cobro, pueden comunicarse con usted por teléfono o mensaje de texto utilizando cualquier número de teléfono que nos haya proporcionado, o cualquier otro número de teléfono asociado con su cuenta, incluida la conexión inalámbrica o números de teléfonos móviles. Podemos utilizar cualquier método para comunicarnos con usted en estos números, como un Sistema Automático de Marcación Telefónica (ATDS) o un mensaje pregrabado. Debe notificarnos si ha renunciado a la propiedad o al control de dichos números de teléfono.

Firma: _____

Fecha: _____

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

Fecha de Nacimiento

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

Fecha

Asignación de la Forma Beneficios

Responsabilidad Financiera:

Todos los servicios profesionales prestados son a cargo del paciente y deben ser pagados al momento del servicio, a menos que otros arreglos se han hecho con antelación con nuestra oficina de negocios. Formas serán terminados para solicitar pagos compañía de seguros.

Asignación de Beneficios:

Por la presente asigno todos los beneficios médicos y quirúrgicos, para incluir beneficios médicos a los que tengo derecho. Por la presente autorizo y dirijo mi aseguradora (s), incluyendo Medicare, el seguro privado y cualquier otro plan de salud / médicos, para emisión de cheques de pago (s) directamente a Texas Diabetes y Endocrinología, PA por los servicios médicos prestados a mí y / o mis dependientes, independientemente de mis beneficios del seguro, si los hubiere. Entiendo que soy responsable por cualquier monto no cubierto por el seguro.

Autorización para divulgar información:

Por la presente autorizo de Texas Diabetes y Endocrinología, PA a: (1) liberar toda la información necesaria a las compañías de seguros con respecto a mi enfermedad y los tratamientos; (2) las reclamaciones de seguros proceso generados en el curso de su examen o tratamiento; y (3) permitir una fotocopia de mi firma que se utilizará para procesar reclamaciones de seguros para el período de vida útil. Este orden se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito.

He pedido a los servicios médicos de Texas Diabetes y Endocrinología, PA en nombre de mi y / o mis dependientes, y entender que al hacer esta petición, me vuelvo totalmente financieramente responsable de cualquier y todos los gastos incurridos en el curso del tratamiento autorizado.

Entiendo, además, que las tasas se deben pagar en la fecha en que se prestan los servicios y estoy de acuerdo en pagar todos estos gastos incurridos en su totalidad inmediatamente después de la presentación de la declaración correspondiente. Una fotocopia de esta asignación debe ser considerada tan válida como el original.

Paciente / Persona Responsable Firma

Fecha

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que he recibido de Texas Diabetes y Endocrinología del Aviso de prácticas de privacidad, que describe las formas en que la práctica puede usar y divulgar mi información de salud. Yo entiendo que puedo comunicarme con el Oficial de Privacidad designado en la notificación si tengo una pregunta o queja. En la medida permitida por la ley, doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información para los fines descritos en el Aviso.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Firma del paciente

Fecha

Representante Personal / Tutor Nombre

Relación con el paciente

Representante Personal / Tutor

Fecha

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

PARA USO DE LA OFICINA:

Si el reconocimiento firmado no se pudo obtener del paciente o representante, la razón (s) debe ser documentado.

1. Por favor, explique por qué el paciente no firmó un formulario de reconocimiento:

- El paciente se negó a firmar
- Barrera de Comunicación Paciente
- Situación de Emergencia
- Otro: _____

2. Completado por:

Firma del empleado

Título

Fecha

RESUMEN DE SALUD

Texas Diabetes y Endocrinología, P.A.

Nombre del paciente: _____
 Refiriéndose Médico: _____
 Médico Primario: _____
 OB / GYN: _____
 Farmacia: _____

Fecha de Nacimiento: _____
 Teléfono: _____
 Teléfono: _____
 Teléfono: _____

Pasado Cirugías / Historial Médico:

Fecha:

Lista de Medicamentos:

Dosis:

Alergias a medicamentos: _____

**Historial médico familiar (no pacientes): MARQUE LO QUE CORRESPONDA
 (Padre, Madre, Hermanos, Hijos, tía, tío, abuelo, por favor especifique)**

Diabetes	Relacion:		Ataque Del Corazón	Relacion:		Otros
Tiroides	Relacion:		Infarto cerebral	Relacion:		
Osteoporosis	Relacion:		Presión arterial alta	Relacion:		
Cáncer	Relacion:		Colesterol	Relacion:		

Historia Social:

Ocupación: _____

Estado civil: Casado Soltero Divorciado Viuda Socio

Niños: # _____ Sexo Afirmado (si es diferente de género legal): _____

Uso de Tabaco: Sí o No Frecuencia: _____

Consumo de alcohol: Sí o No Frecuencia: _____

Uso de Drogas: Sí o No Frecuencia: _____

Completar SÓLO si usted es un diabético:

1. reciente vacuna contra la gripe? Sí o No ¿Cuándo? _____ 4. examen Última ojo? _____

2. vacuna contra la neumonía? Sí o No ¿Cuándo? _____ 5. Examen de los pies? _____

3. Última limpieza dental? _____