

# BIENVENIDO A LA DIABETES Y ENDOCRINOLOGÍA DE TEXAS, P.A.

**¡MUCHAS GRACIAS POR ADELANTADO! LE AGRADECEMOS ACTUALIZANDO SU INFORMACIÓN ANUALMENTE PARA QUE PODEMOS MEJOR AYUDARLO.**

**POR FAVOR, DEJE ESTO EN LA MESETA DELANTERA CUANDO SE HAYA COMPLETADO.**

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: \_\_\_\_\_

## **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.

## Información del paciente

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.

**Política de telesalud:** A partir del 1 de agosto de 2021, todas las cuotas de telesalud (copago, deducible, coseguro) deben pagarse antes de unirse a su visita de telesalud. Puede hacerlo utilizando nuestro enlace de preinscripción que se le envía por correo electrónico/mensaje de texto, o llamando a nuestro departamento de facturación. También puede almacenar su tarjeta de crédito en el archivo. Consulte nuestra política de tarjeta registrada. Si no se recibe el pago antes de su cita de telesalud, su visita puede cambiarse a una visita en persona. Todos los pagos vencen al momento del servicio de la cita. *Tenga en cuenta: la cobertura de seguro para telemedicina se ve afectada por las leyes federales y estatales, así como por las políticas de las compañías de seguros. Siempre debe consultar con su aseguradora cómo cubre la telemedicina su póliza particular.*

**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: LABORATORIOS DE PATOLOGÍA CLÍNICA (CPL) ES 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.**

**Sistema de monitoreo continuo de glucosa (CGMS):** Si su proveedor de atención médica le ha solicitado que le coloquen el "CGMS profesional" en el consultorio, se espera que use este dispositivo durante 10 a 14 días hábiles. Se le programará una visita al consultorio para retirar el dispositivo CGM y descargar los datos. En esta visita, un médico especialista analizará los datos del MCG obtenidos para determinar su próximo paso en el tratamiento. Si su proveedor de atención médica determina que un "CGMS personal" es la mejor opción para usted, revisará las opciones disponibles para iniciar el proceso de pedido. Dependiendo del modelo, es posible que necesite una visita al consultorio para recibir capacitación adicional una vez que haya recibido el dispositivo. **Texas Diabetes & Endocrinology requiere que todos los usuarios de dispositivos CGMS personales proporcionen sus datos de CGM para interpretación y análisis en cada visita. Los datos de CGM permiten la observación directa de las excursiones glucémicas y los perfiles diarios, lo que permite a su proveedor de atención médica tomar decisiones informadas sobre la terapia inmediata y/o modificaciones del estilo de vida. Los datos de CGM también brindan la capacidad de evaluar la variabilidad de la glucosa e identificar patrones de hipo e hiperglucemia.** *Tenga en cuenta: Se cobrará un análisis e interpretación de datos de CGM en cada visita al consultorio.*

## Continuación - Información del paciente

**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, notifiqueles 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 72 horas para procesar estas recargas.

**Devoluciones de llamadas de enfermeras:** Para atender mejor sus necesidades, las enfermeras están disponibles por teléfono de 8:00 a. m. - 12:00 pm. y 13:30 h. - 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 paciente del portal, envíe un mensaje del portal para todas sus necesidades; debería recibir una respuesta dentro de las 48 horas o antes. Si no desea unirse a nuestro portal y necesita llamar y dejar un mensaje, sepa que la devolución de la llamada puede tardar hasta 72 horas para todos los artículos **NO URGENTES**.

**Portal del paciente:** El portal del paciente 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. **Nunca utilice el portal del paciente para comunicaciones urgentes o emergencias.** Es posible que su proveedor de atención médica solo tenga tiempo de revisar sus mensajes al final del día o al comienzo del día siguiente. **Espere al menos 48 horas antes de recibir una respuesta.** *Tenga en cuenta: a partir del 1 de marzo de 2024, es posible que se le facturen las preguntas médicas realizadas a través del portal del paciente que cumplan con los criterios para los servicios de gestión y evaluación digital en línea (según el tiempo y la complejidad). Al comunicarse de esta manera, usted acepta estos servicios.*

**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 vencen al momento del servicio. Esto incluye copagos, deducibles y coseguros. *(Consulte la sección titulada "Tarjeta de crédito registrada" a continuación para obtener más detalles)*

### **Su seguro:**

Si somos proveedores de su seguro, facturaremos a su seguro y cobraremos solo el monto de responsabilidad del paciente en el momento del servicio. **ES SU RESPONSABILIDAD INFORMARNOS DE CUALQUIER CAMBIO EN SU SEGURO.** Muchos planes de seguro tienen "plazos de presentación oportunos". Si no se nos proporciona información precisa en el momento del servicio, usted será responsable del pago total 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 usted o su seguro nos brinde sea correcta. Es su responsabilidad saber qué servicios pueden o no estar cubiertos por su seguro.** Texas Diabetes & Endocrinology tiene contratos de proveedor preferido con la mayoría de las principales compañías de seguros. Comuníquese directamente con su compañía de seguros para determinar su cobertura.

Nuestra oficina de facturación tiene mucha experiencia en el trato con sus compañías de seguros y estará encantada de proporcionarle cualquier información que desee sobre su cuenta. Trabajamos con muchas compañías de seguros y cada una tiene su propia forma de determinar el pago. Aunque ayudamos en la presentación de formularios de reclamo para hacerlo más fácil para el paciente y ayudarlo a recibir los máximos beneficios, encontramos que algunas de las compañías y pólizas de seguros restringen la cantidad que pagarán. La oficina de facturación estará encantada de ayudarlo a apelar cualquier reclamación, pero en última instancia usted es responsable del saldo de la factura. Asimismo, si la compañía de seguros se niega a pagar por cualquier motivo, los honorarios son responsabilidad del paciente.

***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:**

- 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.

## **Continuación- Política financiera del paciente**

### **Otros cargos:**

- A partir del 1 de marzo de 2024, es posible que se le facturen preguntas médicas que cumplan con los criterios para los servicios de gestión y evaluación digital en línea (según el tiempo y la complejidad). Al comunicarse de esta manera, usted acepta estos servicios.
- En determinadas circunstancias, su proveedor puede cobrar por servicios telefónicos y/o de portal que incluyan conversaciones médicas más extensas. Este cargo se le facturará directamente a usted.
- Es posible que se apliquen cargos auxiliares a los usuarios de CGM y otros diagnósticos aplicables.

### **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.

### **Política de tarjeta de crédito registrada**

Hemos implementado una política de pago nueva y conveniente utilizando la tarjeta de crédito registrada. Como usted sabe, el estado actual de la atención médica en nuestro mercado ha resultado en cambios significativos en las pólizas de seguro, copagos, deducibles y primas. Desafortunadamente, gran parte de la carga financiera recae ahora sobre el paciente. Hay planes de seguro que requieren deducibles y copagos en montos desconocidos para usted o para nosotros al momento de su visita. A TODOS LOS PACIENTES se les solicitará una tarjeta de crédito en el momento del check-in, y esta información se guardará de forma segura. El monto que cargaremos a la tarjeta de crédito registrada será la responsabilidad financiera que la compañía de seguros le exige pagar.

*Phreesia*, nuestro proveedor de tarjetas de crédito, cifra y almacena la información de la tarjeta a través de un procesador seguro de tarjetas de crédito. El personal de la oficina no tendrá acceso a la información de su tarjeta.

### **Las Tarjetas archivadas se utilizarán para:**

- Copagos: cuando venga a la oficina, le preguntaremos si desea usar su tarjeta registrada para pagar su copago. Puede optar por presentar otra tarjeta si lo prefiere, o cualquier otra forma de pago aceptada por nuestra oficina.
- Deducibles: su tarjeta registrada se utilizará para liquidar cualquier monto deducible después de que su plan de seguro haya pagado su parte. Comuníquese con su plan de seguro para determinar cuánto de su deducible anual se ha cumplido, antes de cada visita.
- Coseguro: su tarjeta registrada se utilizará para pagar el porcentaje no cubierto por el seguro y no pagado al momento del servicio.
- Saldo pendiente: si su cuenta tiene un saldo pendiente, su tarjeta registrada puede usarse para liquidar ese saldo pendiente. Si el saldo pendiente es demasiado grande para una transacción, se puede elaborar un plan de pago.

**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**

## **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