

POLITICAS DEL CONSULTORIO

Bienvenido a nuestra Clinica! Agradecemos la oportunidad de poder trabajar con usted. La siguiente informacion es proporcionada para su beneficio para que podamos brindarle un mejor servicio. Favor de leer y firmar en la parte inferior. Se le dara una copia para sus registros.

- 1. PAGOS.** Toda tarifa aplicable, deducible, coseguro, o copagos deberan pagarse al momento de su cita. Aceptamos efectivo, tarjeta de credito / debito y cheques personales. Se aplicara un cargo de \$35.00 a su cuenta por cualquier cheque sin suficientes fondos.
- 2. CANCELACIONES/NO PRESENTARSE.** Si necesita cancelar o reprogramar su cita. Nos reservamos el derecho de facturarle a usted una tarifa de \$35.00 para cubrir nuestros costos administrativos. No se programara una cita hasta que se pague la tarifa de "NO PRESENTARSE".
- 3. HORA DE LA CITA.** Pedimos que nuestros pacientes lleguen a tiempo a sus citas. Esto facilitara nuestra capacidad de verlo segun lo programado. En un esfuerzo por atender bien a todos nuestros pacientes, aquellos pacientes que lleguen despues de su cita podran ser reprogramados.
- 4. REFERENCIAS DEL HMO Y PPO.** Si su poliza requiere una autorizacion por escrito de su Medico Principal de Atencion Medica, nosotros solicitaremos anticipadamente la autorizacion, para los pacientes ya establecidos. Esto se hace como una cortesia para nuestros pacientes; sin embargo, no podremos garantizar que sea otorgada la autorizacion. Favor de mantenerse en contacto con su medico para asegurarse de que su visita sea autorizada previamente, para evitar que usted realice el pago completo. Nosotros facturaremos a su seguro medico por usted, sin embargo, es posible que tenga cantidades adicionales despues de que su seguro medico realice el pago.
- 5. CAMBIO DE INFORMACION.** Favor de proporcionarnos con cualquier cambio respecto a su domicilio, numero de telefono o informacion de su seguro medico lo antes posible. Un cambio de seguro medico requerira completar un nuevo Formulario de Datos Demograficos del Paciente y este cambio no se podra realizar por telefono.
- 6. ATENCION MEDICA DESPUES DE HORAS.** En caso de emergencia, favor de llamar a nuestro numero principal al (210) 614-5113 y dejar mensaje con el servicio contestador. Para una emergencia de peligro de vida, llame al 911.
- 7. SOLICITUD DE REGISTROS MEDICOS.** La solicitud de copias de sus registros medicos debera hacerse por escrito en un formulario proporcionado por nuestra oficina. Nuestra oficina respondera dentro de los 15 dias, a solicitudes escritas debidamente completadas. **COSTOS:** De acuerdo con las reglas adoptadas por el Consejo Estatal de Medicos Examinadores del Estado de Texas, nuestra oficina cobrara \$25.00 por las primeras 20 paginas y \$.50 por cada pagina adicional y el costo actual de correo, envio, o entrega, segun corresponda.
- 8. SOLICITUD PARA LLENAR FORMULARIOS.** De acuerdo con las reglas adoptadas por el Consejo Estatal de Medicos Examinadores del Estado de Texas, nuestra oficina respondera a las solicitudes para llenar formularios medicos luego de recibir el pago de su costo correspondiente. Los formularios se completaran dentro de los cinco dias habiles. Todos los formularios incurriran un costo de \$40.00.
- 9. PORTAL DEL PACIENTE.** Como paciente, usted tiene acceso a nuestro portal de pacientes para la comunicacion, acceso a sus registros medicos, asi como al telefono y encuentros de oficina. Este sistema no es utilizado para comunicaciones de EMERGENCIA o solicitudes URGENTES. Despues de registrarse en nuestro portal de pacintes, es su responsabilidad proteger su nombre de usuario y contraseña, ya que usted sera el responsable de la perdida de cualquier informacion.
- 10. REVELACION DE PROPIEDAD.** Nuestros medicos tienen participacion de propiedad con algunas entidades externas. Durante el curso de su tratamiento, usted podra ser referido y/o haber recibido servicios en las siguientes instalaciones/entidades: Centro de Cirugia Ambulatorio Metodista, Centro de Cirugia USPI, Centro de Cirugia Ambulatorio Westover Hills.

Firma

Nombre del Paciente

Fecha