

## Formulario de Registro del Paciente

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ 2.º nombre: \_\_\_\_\_  
Nombre preferido: \_\_\_\_\_  
Nombre anterior (si aplica): \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Femenino  
Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_  
Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Preferencia de contacto: (Celular / Casa / Trabajo) Consentimiento para mensajes de texto (Sí/No)  
Farmacia preferida: \_\_\_\_\_  
Seguro primario: \_\_\_\_\_  
Número de identificación del seguro: \_\_\_\_\_  
Número de grupo: \_\_\_\_\_  
Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del titular: \_\_\_\_\_  
Seguro secundario: \_\_\_\_\_  
Número de identificación del seguro: \_\_\_\_\_  
Número de grupo: \_\_\_\_\_  
Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del titular: \_\_\_\_\_  
Idioma principal: \_\_\_\_\_ Inglés \_\_\_\_\_ Español \_\_\_\_\_ Otro  
Raza: \_\_\_\_\_ Origen étnico: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_  
Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Nombre del tutor (si el paciente es menor de edad): \_\_\_\_\_  
Parentesco: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del tutor: \_\_\_\_\_  
Nombre del garante (responsable financiero del paciente menor\*): \_\_\_\_\_  
Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha nac. del garante: \_\_\_\_\_  
\*Pueden requerirse documentos legales u órdenes judiciales

### AUTORIZACIÓN Y CESIÓN DE SEGURO

Autorizo la divulgación de información sobre mi atención médica (o la atención médica de mi hijo/a, si el paciente es menor de edad), consejos o tratamiento, que se utilice para evaluar y administrar reclamaciones de beneficios de seguro. También autorizo por este medio que los beneficios del seguro que de otro modo se me pagarían a mí se paguen directamente a HealthStar Physicians of Hot Springs, PLLC.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

## FORMULARIO DE HISTORIAL DEL PACIENTE

(Por favor llene la mayor cantidad posible)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Motivo de la visita de hoy: \_\_\_\_\_

Médico de cabecera y especialistas anteriores (enumere médicos de atención primaria o especialistas, como cardiología, ortopedia, neumología, etc.):

\_\_\_\_\_

Enumere todas las alergias a medicamentos y otras alergias:

\_\_\_\_\_

Enumere todos los medicamentos recetados actuales:

| Nombre | Dosis (mg) | Con qué frecuencia | Nombre | Dosis (mg) | Con qué frecuencia |
|--------|------------|--------------------|--------|------------|--------------------|
|--------|------------|--------------------|--------|------------|--------------------|

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Enumere todas las afecciones médicas actuales y pasadas:

\_\_\_\_\_

Enumere todas las cirugías y procedimientos pasados: (Fecha / Tipo de cirugía y parte del cuerpo / Médico que la realizó)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Enumere antecedentes médicos familiares:

Padre: \_\_\_\_\_

Abuelo paterno: \_\_\_\_\_

Madre: \_\_\_\_\_

Abuela paterna: \_\_\_\_\_

Hermano: \_\_\_\_\_

Abuelo materno: \_\_\_\_\_

Hermana: \_\_\_\_\_

Abuela materna: \_\_\_\_\_

**Historial personal:**

¿Fuma? Sí o No ¿Cuánto al día? \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ Dejó de fumar: \_\_\_\_\_

¿Usa tabaco sin humo? Sí o No ¿Cuánto al día? \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Bebe alcohol? Sí o No ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ Tipo de alcohol: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha dado positivo en alguna ITS o enfermedad transmisible? \_\_\_\_\_ Si es así, enumere: \_\_\_\_\_

¿Tiene antecedentes de uso o abuso de sustancias? Sí o No Si es así, enumere: \_\_\_\_\_

(Toda la información anterior sirve para que podamos brindarle una mejor atención médica. Es parte de su expediente médico privado y no se comparte con nadie sin su permiso expreso.)

Estado civil: \_\_\_\_\_ ¿Tiene hijos y cuántos? \_\_\_\_\_

¿Está empleado actualmente? \_\_\_\_\_ ¿Qué tipo de trabajo y dónde? \_\_\_\_\_

## Evaluación de Salud y Antecedentes de Atención Preventiva para Pacientes Nuevos

¡Bienvenido a nuestra práctica! Para ayudarnos a brindarle la mejor atención posible y evitar repetir pruebas innecesariamente, díganos qué exámenes de detección, pruebas o atención preventiva ha completado recientemente.

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

### Exámenes de detección y pruebas preventivas

Marque **Sí**, **No** o **No aplica** e indique fechas y lugares si los conoce.

| Examen / Prueba                                                       | Sí                       | No                       | N/A                      | Fecha realizada | ¿Dónde? |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|---------|
| Visita anual de bienestar de Medicare                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____           | _____   |
| Detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, Cologuard, prueba FIT) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____           | _____   |
| Detección de cáncer de mama (mamografía)                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____           | _____   |
| Detección de cáncer de cuello uterino (Papanicolaou / prueba de VPH)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____           | _____   |
| Detección de cáncer de pulmón (TC de dosis baja, si aplica)           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____           | _____   |
| Prueba de densidad ósea (DEXA)                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____           | _____   |

## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

### 1. Consentimiento para la atención

Doy mi consentimiento voluntario para recibir atención médica de rutina en HealthStar Physicians of Hot Springs, PLLC («HealthStar»), en cualquiera de sus clínicas. La atención de rutina puede incluir historial médico, examen físico, pruebas de laboratorio y otras pruebas diagnósticas, vacunas e inyecciones, medicamentos recetados, procedimientos menores en el consultorio y otro tratamiento que mi proveedor considere conveniente. Mi proveedor me explicará mi atención y puedo hacer preguntas en cualquier momento. HealthStar pedirá un consentimiento escrito por separado antes de cualquier procedimiento que conlleve un riesgo significativo.

### 2. Su equipo de atención

Mi atención puede ser brindada por médicos, enfermeros de práctica avanzada (APRN), asistentes médicos (PA), enfermeros, asistentes médicos clínicos y otro personal capacitado que trabaje bajo la supervisión apropiada. Puedo preguntar el nombre y las credenciales de cualquier persona que me atienda.

### 3. Telesalud

Algunas visitas pueden realizarse por video seguro o por teléfono. Las visitas de telesalud tienen las mismas protecciones de privacidad que las visitas en persona, pero tienen límites, ya que mi proveedor no puede examinarme físicamente. Mi proveedor puede pedirme que acuda en persona cuando sea necesario. Puedo rechazar una visita de telesalud y solicitar una visita en persona. Pueden aplicarse los copagos y costos compartidos normales del seguro.

### 4. Programas de manejo de la atención

Se me pueden ofrecer servicios de manejo de la atención, como manejo de atención crónica, manejo avanzado de atención primaria o monitoreo remoto de pacientes, que incluyen atención entre visitas. Si me inscribo, entiendo que:

- solo un profesional puede facturar ciertos de estos servicios en un período determinado;
- pueden aplicarse copagos, coseguro o deducibles;
- puedo dejar el programa en cualquier momento, con efecto al final del mes calendario.

HealthStar me explicará cada programa y documentará mi acuerdo antes de inscribirme.

### 5. Emergencias

Las clínicas de HealthStar no son salas de emergencia. Si tengo una emergencia en la clínica, el personal me brindará atención inmediata dentro de sus posibilidades, llamará al 911 y coordinará el traslado a un centro apropiado.

### 6. Sin garantía

La medicina no es una ciencia exacta. Nadie me ha dado ninguna garantía sobre los resultados de ningún examen o tratamiento.

### 7. Mi derecho a rechazar o retirar el consentimiento

Puedo rechazar cualquier prueba o tratamiento recomendado. Mi proveedor me explicará los posibles riesgos de rechazarlo y se me puede pedir que firme un rechazo informado. Puedo retirar este consentimiento en cualquier momento mediante aviso por escrito a HealthStar. El retiro no afecta la atención ya brindada.

### 8. Menores de edad y pacientes con representante legal

Si el paciente es menor de edad o tiene un tutor legal u otro representante legal, la persona que firma abajo da su consentimiento para la atención en nombre del paciente y confirma que tiene la autoridad legal para hacerlo. HealthStar respetará el consentimiento propio de un menor cuando la ley de



Arkansas lo permita.

Otros adultos que el padre, madre o tutor autoriza para llevar a un paciente menor de edad a visitas de rutina:

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## 9. Duración

Este consentimiento permanece vigente para todas las visitas en cualquier ubicación de HealthStar hasta que yo lo retire por escrito. HealthStar puede pedirme que firme un consentimiento actualizado periódicamente.

Mi firma confirma que he leído este formulario o me lo han leído, que mis preguntas fueron contestadas y que doy mi consentimiento para el tratamiento descrito arriba.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL \_\_\_\_\_ FECHA DE HOY

\_\_\_\_\_  
NOMBRE EN LETRA DE MOLDE (SI NO ES EL PACIENTE) \_\_\_\_\_ PARENTESCO CON EL PACIENTE

### SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Testigo del personal: \_\_\_\_\_ Iniciales: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Escaneado a athenaOne: ☐

El paciente se negó a firmar / retiró el consentimiento (anote el motivo):

\_\_\_\_\_

## Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA y Consentimiento para Escriba Virtual

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

Reconozco que se me ha proporcionado u ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad que describe cómo mi información médica protegida (PHI) puede ser usada y divulgada de acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA).

Entiendo que mi información médica puede usarse para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Entiendo que tengo derechos con respecto a mi PHI, incluido el derecho a acceder a ella, solicitar enmiendas y solicitar restricciones, conforme a la ley aplicable.

### ACUSE DE USO DE ESCRIBA VIRTUAL / SERVICIO DE DOCUMENTACIÓN

Para apoyar una documentación clínica precisa y una comunicación eficaz entre paciente y proveedor, los proveedores de esta práctica pueden usar un servicio seguro de escriba virtual para ayudar a documentar su visita. La función del escriba virtual se limita al apoyo de documentación y no incluye participar en su atención, diagnóstico ni decisiones de tratamiento. Toda la información está protegida de acuerdo con los estándares de privacidad y seguridad de HIPAA.

Si prefiere que no se use un escriba virtual durante su visita, avise a nuestro personal y a su proveedor en cualquier momento. Su decisión no afectará su atención.

### AUTORIZACIÓN PARA HABLAR SOBRE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

Autorizo a esta práctica a hablar sobre mi información médica protegida con las siguientes personas:

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Esta autorización es voluntaria y sigue vigente hasta que yo la revoque por escrito.

### ACUSE Y FIRMA DEL PACIENTE

Firma del paciente o representante legal: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

Parentesco (si no es el paciente): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **Acuerdo de Políticas y Procedimientos Financieros**

### **HealthStar Physicians of Hot Springs — Formulario de Acuse y Consentimiento del Paciente**

Bienvenido a HealthStar Physicians of Hot Springs. Nuestro compromiso es brindar atención médica de alta calidad en un entorno compasivo y transparente. Para asegurar claridad y entendimiento mutuo, pedimos a todos los pacientes que revisen y firmen este Acuerdo de Políticas y Procedimientos Financieros. Este documento describe sus responsabilidades y nuestros procedimientos relacionados con la facturación, el seguro, los pagos y los expedientes médicos. Si tiene preguntas sobre estas políticas, nuestro personal está disponible para ayudarle.

Al firmar este acuerdo, usted reconoce que ha leído, entendido y aceptado los siguientes términos:

#### **1. Pago al momento del servicio**

**Política:** Se espera que todos los pacientes paguen los servicios prestados al momento de su cita, a menos que se hayan hecho arreglos previos con nuestra oficina de facturación. Esto incluye copagos, coseguro, deducibles y cualquier saldo pendiente de visitas anteriores.

**Procedimientos:**

- Los pagos pueden hacerse en efectivo, con cheque, tarjeta de débito, tarjeta de crédito o tarjeta HSA.
- Los pacientes con seguro comercial o privado deben pagar su copago y/o coseguro requerido por el plan al registrarse.
- Cualquier saldo pendiente debe pagarse antes de programar citas futuras, a menos que exista un plan de pagos.

#### **2. Tarifas y cobranzas**

Nuestras tarifas se basan en la complejidad de su visita y los procedimientos realizados. Nos esforzamos por mantener nuestras tarifas competitivas y transparentes.

**Política de cobranzas:**

- Las cuentas no resueltas en un plazo de 60 días pueden ser remitidas a una agencia de cobranza externa.
- Los pacientes son responsables de todos los costos asociados con los esfuerzos de cobranza, incluidos honorarios razonables de abogados.
- Si su cuenta se envía a cobranza, es posible que se le dé de baja de la práctica.

#### **3. Copagos y deducibles**

**Política:** Los copagos y deducibles los determina su compañía de seguros. Es su responsabilidad conocer los requisitos de su plan.

**Procedimientos:**

- Los copagos se cobran al momento del servicio.
- Los deducibles y montos de coseguro se le facturarán después de que su compañía de seguros procese su reclamación.
- Si no ha cumplido su deducible, es posible que se le pida pagar los cargos estimados de su visita.

#### **4. Póliza de seguro médico o descripción resumida del plan requerida**

**Política:** Todos los pacientes con seguro comercial o privado deben presentar una tarjeta de seguro vigente y, si se solicita, una descripción resumida del plan.

**Procedimientos:**

- Traiga su tarjeta de seguro a cada visita y avísenos de inmediato sobre cualquier cambio en su cobertura.
- No proporcionar información de seguro precisa puede resultar en reclamaciones denegadas y en la responsabilidad total del paciente por los cargos.
- Le recomendamos que se familiarice con los beneficios, limitaciones y exclusiones de su póliza.

## **5. Tarjeta de crédito o débito en archivo**

Política: Por conveniencia y seguridad, requerimos que se registre en archivo una tarjeta de crédito o débito válida para todos los pacientes.

Procedimientos:

- Su tarjeta se almacenará de forma segura y solo se cobrará por saldos pendientes autorizados.
- Se facturará a su seguro y, después del pago según su póliza, recibirá un correo electrónico 5 días antes de que se cobre a su tarjeta cualquier saldo restante que le corresponda. Si no hay saldo restante, no se le notificará. Si no registra un correo electrónico, no se le notificará, pero se cobrará a su tarjeta.
- Tiene derecho a pagar con otro método dentro de esos 5 días.
- Si su método de pago no puede procesarse por cualquier motivo, comuníquese con nosotros para hacer otros arreglos.
- Los pacientes con Medicare, Medicare Advantage/Suplementos, Medicaid, Medicaid PASSE o ARKids están exentos, pero deben pagar los copagos aplicables y los costos predeterminados.

## **6. Garante menor de edad**

Política: Para pacientes menores de 18 años, un padre, madre o tutor legal debe actuar como garante financiero. El garante asume la responsabilidad total del pago de todos los servicios del menor, incluidos copagos, coseguro, deducibles y saldos pendientes.

Procedimientos:

- Un padre, madre o tutor legal debe estar presente en el registro para proporcionar información y firmar como garante.
- El garante recibirá todos los estados de cuenta y es responsable del pago puntual conforme a nuestras políticas financieras descritas en este documento.
- Si existen acuerdos de custodia o tutela, se debe presentar documentación que establezca claramente la parte responsable para fines de facturación.
- Todos los arreglos de pago, incluidos los planes de pago, deben ser hechos por el garante en nombre del paciente menor.

## **7. Procedimientos electivos / no cubiertos**

Política: Los procedimientos considerados electivos o no cubiertos por su plan de seguro deben pagarse en su totalidad al momento del servicio.

Procedimientos:

- Le daremos un estimado de los cargos antes de su procedimiento.
- Es su responsabilidad confirmar la cobertura con su compañía de seguros.
- Si su seguro deniega una reclamación por servicios no cubiertos, usted será responsable del pago.

## **8. Presentación de reclamaciones**

Política: Como cortesía, presentamos reclamaciones a planes de seguro comerciales y privados con contrato. La presentación no garantiza el pago ni la cobertura.

Procedimientos:

- Presentaremos las reclamaciones con base en la información que usted proporcione.
- Si su plan rechaza o deniega una reclamación, se le facturará el monto total.
- Los pacientes son responsables de dar seguimiento a las reclamaciones con su compañía de seguros.

## **9. Opciones de pago**

Política: Aceptamos múltiples formas de pago para su conveniencia.

Procedimientos:

- Métodos de pago aceptados: efectivo, cheque, Visa, Mastercard, Discover, American Express, tarjetas HSA y FSA.
- Pueden acordarse planes de pago para saldos grandes; los términos deben ser aprobados por nuestra oficina de facturación.
- Los cheques devueltos están sujetos a un cargo de \$30.

## **10. Pacientes de Medicare**

Política: Aceptamos pacientes de Medicare y facturaremos a Medicare los servicios cubiertos.

Procedimientos:

- Usted es responsable de los deducibles y el coseguro de Medicare.
- Si tiene seguro suplementario, proporcione la documentación en cada visita.
- Para servicios no cubiertos, el pago se requiere al momento del servicio.

## **11. Seguros sin contrato o fuera de la red**

Política: Si su plan de seguro no tiene contrato con nosotros o está fuera de la red, usted puede ser responsable de costos de bolsillo más altos.

Procedimientos:

- Podemos cobrar el pago total al momento del servicio y darle un recibo para que lo presente usted mismo.
- Nuestro personal puede ayudar con los formularios de reclamación, pero el reembolso depende de las políticas de su aseguradora.

## **12. Pago directo (sin seguro)**

Política: Los pacientes sin seguro o que elijan no usar su seguro se consideran de pago directo.

Procedimientos:

- Los pacientes de pago directo deben pagar los servicios en su totalidad al momento de la visita.
- Hay cotizaciones para visitas y procedimientos de rutina disponibles a solicitud.
- Pueden acordarse planes de pago para ciertos servicios; hable con nuestra oficina de facturación con anticipación.

## **13. Citas perdidas o tardías**

Política: Las citas perdidas o tardías o las cancelaciones de último momento afectan nuestra capacidad de atender a los pacientes y pueden resultar en un cargo.

Procedimientos:

- Las citas deben cancelarse con al menos 24 horas de anticipación.
- No cancelar a tiempo o no presentarse puede resultar en un cargo de \$25.
- Las citas perdidas repetidas pueden resultar en la baja de la práctica.
- Si va a llegar tarde, comuníquese con nuestra oficina de inmediato para que podamos determinar si podemos atenderle ese día o reprogramar.
- Las llegadas con más de 15 minutos de retraso se cancelarán y se reprogramarán para otro momento.

## **14. Referidos**

Política: Ciertos planes de seguro requieren referidos para atención de especialistas.

Procedimientos:

- Es su responsabilidad asegurarse de que su plan autorice los referidos antes de programar una cita con un especialista.
- Requerimos un mínimo de 3 días hábiles para procesar las solicitudes de referido.
- Las solicitudes incompletas, inexactas o tardías pueden retrasar la atención.

## **15. Tarifas de expedientes médicos**

Política: Las solicitudes de copias de expedientes médicos están sujetas a tarifas según lo permitido por la ley estatal y federal.

Procedimientos:

- La tarifa es de \$12.50 por las primeras 25 páginas, más \$0.25 por cada página adicional.
- Los expedientes se entregarán dentro de 15 días hábiles después de la solicitud.
- Las tarifas deben pagarse en su totalidad antes de entregar los expedientes.

## 16. Autorización para divulgar información

Política: La información del paciente puede divulgarse según se requiera para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, o según lo autorice la ley.

Procedimientos:

- Al firmar abajo, usted autoriza a nuestra práctica a divulgar información médica y de facturación a su compañía de seguros, a los proveedores que le refieran, a agencias de cobranza y a otras entidades según sea necesario para procesar reclamaciones y pagos.
- Usted puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, salvo en la medida en que ya se haya tomado acción.
- Todas las divulgaciones cumplen con las regulaciones de HIPAA y las leyes de privacidad aplicables.

## Acuse y firma del paciente

He leído y entiendo las Políticas y Procedimientos Financieros descritos arriba. Acepto cumplir con estas políticas como condición para recibir atención. Entiendo que soy responsable del pago de los servicios no cubiertos por mi seguro, así como de cualquier cargo aplicado conforme a estas políticas. Gracias por tomarse el tiempo de revisar nuestras políticas. Apreciamos su confianza en nuestra práctica y esperamos atender las necesidades de salud de usted y su familia.

**HE LEÍDO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE ESTE ACUERDO.**

|                                      |                                          |
|--------------------------------------|------------------------------------------|
| Nombre del paciente (letra de molde) | Firma del paciente (o parte responsable) |
| Fecha de nacimiento                  | Fecha de la firma                        |

**CESIÓN DE BENEFICIOS, CESIÓN DE DERECHOS PARA PERSEGUIR RECLAMACIONES BAJO ERISA Y OTRAS RECLAMACIONES LEGALES Y ADMINISTRATIVAS RELACIONADAS CON MI SEGURO MÉDICO Y/O PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD (INCLUIDO EL INCUMPLIMIENTO DEL DEBER FIDUCIARIO) Y DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO.**

Por este medio cedo y transfiero directamente a HealthStar Physicians of Hot Springs, como mi representante autorizado designado, todos los beneficios médicos y/o reembolsos de seguro, si los hay, que de otro modo me serían pagaderos por los servicios, tratamientos, terapias y/o medicamentos prestados o suministrados por el proveedor de atención médica arriba mencionado, independientemente de su estado de participación en la red de atención administrada. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, independientemente de cualquier pago de seguro o beneficios aplicable. Por este medio autorizo al proveedor de atención médica arriba mencionado a divulgar toda la información médica necesaria para procesar mis reclamaciones. Además, autorizo a mi administrador fiduciario del plan, aseguradora y/o abogado a entregar al proveedor de atención médica arriba mencionado todos los documentos del plan, la descripción resumida de beneficios, la póliza de seguro y/o la información de acuerdos, previa solicitud por escrito del proveedor arriba mencionado o de sus abogados, con el fin de reclamar dichos beneficios médicos.

Además de la cesión de los beneficios médicos y/o reembolsos de seguro mencionada arriba, también cedo y/o transfiero al proveedor de atención médica arriba mencionado cualquier reclamación o acción legal o administrativa que surja bajo cualquier plan de salud grupal, plan de beneficios para empleados, seguro de salud o seguro de un tercero responsable (causante del daño) relacionada con los gastos médicos incurridos como resultado de los servicios, tratamientos, terapias y/o medicamentos que reciba del proveedor de atención médica arriba mencionado (incluido cualquier derecho a perseguir dichas reclamaciones o acciones legales o administrativas). Esto constituye una cesión expresa y consciente de las reclamaciones por incumplimiento de ERISA o deber fiduciario y otras reclamaciones legales y/o administrativas.

Mi intención con esta cesión y designación de representante autorizado es transferir al proveedor arriba mencionado todos mis derechos de reclamar (o gravar) los beneficios médicos relacionados con los servicios, tratamientos, terapias y/o medicamentos proporcionados por el proveedor de atención médica arriba mencionado, incluidos los derechos a cualquier acuerdo, seguro o recurso legal o administrativo aplicable (incluidos los daños derivados de reclamaciones por incumplimiento del deber fiduciario bajo ERISA). Al cesionario y/o representante designado (el proveedor arriba mencionado) le doy el derecho de (1) obtener información sobre la reclamación en la misma medida que yo; (2) presentar pruebas; (3) hacer declaraciones sobre hechos o derecho; (4) hacer cualquier solicitud, incluido dar o recibir notificación de procedimientos de apelación; (5) participar en cualquier acción administrativa y judicial y perseguir reclamaciones o acciones o derechos contra cualquier parte responsable, compañía de seguros, plan de beneficios para empleados, plan de beneficios de salud o administrador del plan. El proveedor arriba mencionado, como mi cesionario y mi representante autorizado designado, puede presentar demandas contra dicho plan de beneficios de salud, plan de beneficios para empleados, administrador del plan o compañía de seguros en mi nombre con legitimación derivada, a cargo del proveedor.

Esta cesión de por vida permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito. Es válida para todas las revisiones administrativas y judiciales bajo PPACA (legislación de reforma de atención médica), ERISA, Medicare y las leyes federales y estatales aplicables. Una fotocopia de esta cesión se considerará válida, igual que si fuera el original.

**HE LEÍDO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE ESTE ACUERDO.**

|                                      |                                          |
|--------------------------------------|------------------------------------------|
| Nombre del paciente (letra de molde) | Firma del paciente (o parte responsable) |
| Fecha de nacimiento                  | Fecha de la firma                        |

### **POLÍTICA DE LLEGADA TARDE A LA CITA**

Entendemos que hay ocasiones en que usted debe faltar a una cita por emergencias u obligaciones de trabajo o familia.

Si usted es un paciente establecido y llega 15 minutos tarde o más a su cita, es probable que se le pida reprogramar, a menos que la agenda del médico todavía pueda acomodarlo. Se dará prioridad a los pacientes que lleguen a tiempo y es posible que se le atienda entre ellos. Esto puede significar una espera considerable. Si esto no le conviene, puede optar por reprogramar. Uno o dos pacientes tardíos hacen que toda la agenda del día se atrase. Esto es un inconveniente para todos. Nos esforzamos por atender a cada paciente lo más cerca posible de la hora de su cita.

Asimismo, si usted es un paciente nuevo y llega **a** la hora programada de la cita y no antes para completar sus formularios según se le indicó, y le toma más de 15 minutos completar los formularios y el proceso de registro, también se le puede pedir que re programe.

### **POLÍTICA DE CITA PERDIDA O «NO PRESENTARSE»**

Aunque hacemos todo lo posible por darle un recordatorio por llamada o mensaje de texto al menos 24 horas antes de su cita, es **su responsabilidad** recordar su cita. Después de tres (3) citas perdidas, la práctica puede, a su discreción, optar por suspender su atención.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (letra de molde) Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/tutor

## HealthStar Physicians of Hot Springs Política de Medicamentos

Tenga en cuenta que si usted toma alguno de los siguientes medicamentos, o tiene un contrato para el manejo del dolor o recibe manejo del dolor de otro médico, debe seguir recibiendo su medicamento de ese médico. **Nuestra oficina NO recetará rutinariamente estos medicamentos.** Queremos ser claros con usted sobre esto para eliminar cualquier confusión. Puede haber otros medicamentos no incluidos abajo que también formen parte de esta política. Esto será a discreción de su proveedor.

| NOMBRE DE MARCA                                                                                                                                                                                                                                                                | NOMBRE GENÉRICO                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| Xanax, Valium, Ativan                                                                                                                                                                                                                                                          | Alprazolam, Diazepam, Lorazepam |
| Anexsia, Bencap HC, Ceta-Plus, Co-Gesic, Doiacet, Dolagesic, Dolorex, Forte, Duocet, Hy-Phen, Hydrocet, Hydrogesic, Lorcet, Lorcet HD, Lorcet Plus, Lortab, Margesic-H, Norco, Panacet, Polygesic, Stagesic, T-Gesic, Ugesic, Vanacet, Vicodin, Vicodin ES, Vicodin HP, Zydone | Hidrocodona                     |
| M-Oxy, OxyContin, Oxyfast, OxyIR, Percolone, Roxicodone, Endocet, Percocet, Roxicet, Rolilox, Tylox                                                                                                                                                                            | Oxicodona                       |
| Mephergan                                                                                                                                                                                                                                                                      | Meperidina                      |
| Astramorph PF, DepoDur, Duramorph, Infumorph, Kadian, Morphestan, MS Contin, MSIR, Oramorph, Roxanol, Roxanol 100                                                                                                                                                              | Morfina                         |
| Rela, Soma                                                                                                                                                                                                                                                                     | Carisoprodol                    |

Si tiene alguna pregunta, no dude en preguntar a su proveedor.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR**

\_\_\_\_\_  
**FECHA DE HOY**

## EVALUACIÓN DE NECESIDADES SOCIALES

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**¿Le preocupa que en los próximos dos meses no tenga una vivienda estable que sea suya, alquilada o donde se aloje como parte de un hogar?**

☐ Sí ☐ No

**Pensando en el lugar donde vive, ¿tiene problemas con alguno de los siguientes? (Marque todos los que apliquen)**

- |                                                                                                                          |                                                         |                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Plagas (insectos)                                                                               | <input type="checkbox"/> Calefacción inadecuada         | <input type="checkbox"/> Goteras de agua  |
| <input type="checkbox"/> Moho                                                                                            | <input type="checkbox"/> Horno o estufa que no funciona | <input type="checkbox"/> Ninguno de estos |
| <input type="checkbox"/> Pintura o tuberías con plomo <input type="checkbox"/> Sin detectores de humo o que no funcionan |                                                         |                                           |

**En los últimos 12 meses, ¿le preocupó que se le acabara la comida antes de tener dinero para comprar más?**

- ☐ Frecuentemente cierto  
☐ A veces cierto  
☐ Nunca cierto

**En los últimos 12 meses, ¿la comida que compró no le alcanzó y no tenía dinero para comprar más?**

- ☐ Frecuentemente cierto  
☐ A veces cierto  
☐ Nunca cierto

**¿Pospone o deja de ir al médico por la distancia o el transporte?**

☐ Sí ☐ No

**En los últimos 12 meses, ¿la compañía de electricidad, gas, aceite o agua amenazó con cortar los servicios en su hogar?**

- ☐ Sí  
☐ No  
☐ Ya los cortaron

**¿Los problemas para conseguir cuidado de niños le dificultan trabajar o estudiar?**

☐ Sí ☐ No

**¿Tiene empleo?**

☐ Sí ☐ No

**¿Tiene diploma de escuela secundaria (high school)?**

☐ Sí ☐ No

**¿Con qué frecuencia le describe esto? No tengo suficiente dinero para pagar mis cuentas:**

- ☐ Nunca  
☐ Rara vez  
☐ A veces  
☐ Con frecuencia  
☐ Siempre

## Cuestionario de Detección de Abuso

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**¿Con qué frecuencia alguien, incluida la familia, le lastima físicamente?**

- ☐ Nunca
- ☐ Rara vez
- ☐ A veces
- ☐ Con bastante frecuencia
- ☐ Frecuentemente

**¿Con qué frecuencia alguien, incluida la familia, le insulta o le habla con desprecio?**

- ☐ Nunca
- ☐ Rara vez
- ☐ A veces
- ☐ Con bastante frecuencia
- ☐ Frecuentemente

**¿Con qué frecuencia alguien, incluida la familia, le amenaza con hacerle daño?**

- ☐ Nunca
- ☐ Rara vez
- ☐ A veces
- ☐ Con bastante frecuencia
- ☐ Frecuentemente

**¿Con qué frecuencia alguien, incluida la familia, le grita o le maldice?**

- ☐ Nunca
- ☐ Rara vez
- ☐ A veces
- ☐ Con bastante frecuencia
- ☐ Frecuentemente

**¿Le gustaría recibir ayuda con alguna de estas necesidades?**

- ☐ Sí
- ☐ No

## **PREGUNTA DE EVALUACIÓN DE ALFABETISMO EN SALUD**

¿QUÉ TAN SEGURO/A SE SIENTE AL LLENAR FORMULARIOS MÉDICOS USTED MISMO/A?

- ☐ 1 - Muchísimo
- ☐ 2 - Bastante
- ☐ 3 - Algo
- ☐ 4 - Un poco
- ☐ 5 - Nada



## **Consentimiento Informado para Pruebas de Laboratorio**

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo que he elegido utilizar los servicios de HealthStar Physicians of Hot Springs para pruebas de laboratorio. Por este medio reconozco que HealthStar no está equipado para realizar pruebas de laboratorio urgentes (stat) y que mis muestras de laboratorio pueden enviarse a un laboratorio externo para su análisis.

Entiendo que mientras espero los resultados del laboratorio, puede haber riesgos potenciales para mi salud, incluida la posibilidad de eventos adversos de salud, y que no se puede responsabilizar a HealthStar por dichos eventos.

Reconozco que se me ha informado de las limitaciones de los servicios de laboratorio de HealthStar y que he tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta que pudiera tener.

Doy mi consentimiento para los procedimientos de pruebas de laboratorio según me los explicó el personal de HealthStar y acepto asumir toda la responsabilidad por cualquier riesgo y/o evento adverso de salud que pueda ocurrir mientras espero los resultados del laboratorio.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del testigo (si aplica): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

# **Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services**

HealthStar Physicians of Hot Springs, PLLC

---

## **English**

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call **501-625-7500 (TTY: 711)** or speak to your provider.

## **Español (Spanish)**

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al **501-625-7500 (TTY: 711)** o hable con su proveedor.

## **Việt (Vietnamese)**

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số **501-625-7500** (Người khuyết tật: **711**) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

## **Majol (Marshallese)**

IKIJEN: Ne kwōj kajin Majol, ewōr jibañ ejellok wonnen ñan kwe ilo kajin eo am. Ebar wōr kein roñjak im jibañ ko rekkar ñan lewaj melele ilo wāween ko kwōmaron loi im ejellok wonnen. Kall ae lok **501-625-7500 (TTY: 711)** ñe ejab kenono ibben armij ak opij eo ej lewaj jermal in jjibañ ñan kwe.

## **中文 (Chinese)**

注意：如果您說中文，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 **501-625-7500 (TTY: 711)** 或與您的提供者討論。

## ລາວ (Laotian)

ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເພາະສົມເພື່ອໃຫ້ຊັບພະຍາກອນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ **501-625-7500 (TTY: 711)** ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

## Tagalog

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa **501-625-7500 (TTY: 711)** o makipag-usap sa iyong provider.

## العربية (Arabic)

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم **501-625-7500 (TTY: 711)** أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

## **Deutsch (German)**

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung.

Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie **501-625-7500 (TTY: 711)** an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

## **Français (French)**

ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le **501-625-7500 (TTY : 711)** ou parlez à votre fournisseur.

## **Lus Hmoob (Hmong)**

LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais Lus Hmoob muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Hu rau **501-625-7500 (TTY: 711)** los sis sib tham nrog koj tus kws muab kev saib xyuas kho mob.

## **한국어 (Korean)**

주의: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. **501-625-7500 (TTY: 711)**번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

## **Português do Brasil (Portuguese)**

ATENÇÃO: Se você fala Português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para **501-625-7500 (TTY: 711)** ou fale com seu provedor.

## **日本語 (Japanese)**

注：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。**501-625-7500 (TTY: 711)** までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

## **हिंदी (Hindi)**

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। **501-625-7500 (TTY: 711)** पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

## ગુજરાતી (Gujarati)

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઑફિસલરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. **501-625-7500 (TTY: 711)** પર કૉલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.