



Forma de Registración de Paciente

Información Personal del Paciente

Nombre _____ SS# _____

Apellido Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____ Raza _____ Estado Civil _____

Idioma _____ Dirección electrónico _____

Dirección _____

CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Tel. #1 _____ Tel. #2 _____ Tel. # 3 _____

Cómo te enteraste de nosotros? _____

Empleador

Estatus de Empleo ☐ Tiempo completo ☐ Medio Tiempo ☐ Desempleado/a ☐ Jubilado

Nombre de Empleador _____

Dirección _____

CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Teléfono _____ Ocupación _____

Contacto de Emergencia

Nombre de Contacto de Emergencia _____

Relación con el Paciente _____ Teléfono _____

Seguro Medico

Nombre de la Póliza _____ Número de Grupo _____

Número de Identificación _____ Nombre del Miembro _____

Seguro Social # _____ Fecha de Nacimiento _____

Certifico que toda la información anterior es correcta y reconozco que es mi responsabilidad informar a We Care Clinic lo antes posible si cambia alguno de mis datos.

Firma del Paciente

Fecha



Políticas de Oficina

Cambio de Demografía o Política de Seguros

Si cambia su póliza de seguro, por favor infórmenos lo antes posible para que podamos verificar sus beneficios correctamente. Presente su tarjeta de seguro de salud actual en cada visita al consultorio. Lo mismo se aplica a sus datos demográficos personales. No tenemos forma de saber que se ha mudado o ha cambiado de número de teléfono, así que infórmenos lo antes posible para que podamos actualizar nuestro sistema.

La Visita de Bienestar Anual (AWV) es requerida

La AWV es una visita de bienestar anual preventiva, no un "chequeo físico rutinario" que los adultos reciben anualmente de su médico o otro profesional de la salud calificado. La visita de bienestar anual generalmente no incluye un examen físico. Su médico u otro proveedor de atención médica le pedirá que llene un cuestionario de "Evaluación de Riesgos de Salud" como parte de esta visita. Responder estas preguntas puede ayudarlo a usted y a su médico a desarrollar un plan de prevención personalizado para mantenerlo saludable y aprovechar al máximo su visita. Su visita puede incluir, dependiendo de su edad:

- Seguimiento de su altura, peso, presión arterial y otras mediciones regulares
- Una evaluación de riesgos para la salud (preguntas que usted responde sobre su salud)
- Un examen de su historial médico y familiar
- Crear o actualizar una lista de sus proveedores de atención médica y prescripciones actuales
- Examinar señales de pérdida de memoria o demencia, así como depresión, ansiedad y estrés
- Discusión de sus factores de riesgo y posibles cambios de estilo de vida o opciones de tratamiento
- Un cronograma para la detección de servicios preventivos apropiados (según sea necesario)
- Vacunaciones

Cada paciente debe completar su visita anual de bienestar; no hacerlo puede resultar en la baja de nuestra práctica.

Condiciones Médicas Crónicas Requieren Seguimiento

Condiciones médicas crónicas como la diabetes, hipertensión, depresión y ansiedad requieren seguimiento frecuente para asegurar el mejor cuidado posible. Una vez que los pacientes con condiciones médicas crónicas están estables con su medicación, necesitan seguimiento cada 3 meses. Una vez estables, los pacientes con otras condiciones médicas crónicas necesitan seguimiento cada 3-6 meses, dependiendo de su plan de cuidado. Los medicamentos no serán recargados a menos que los pacientes mantengan sus citas de seguimiento.



Centro de Atención Urgente, ER o Estancia Hospitalaria

Por favor contacte nuestra oficina después de ser dado de alta para actualizar sobre su condición y el lugar donde fue evaluado para que podamos obtener registros y programar una visita de seguimiento. Según las normas de Medicare, debe ser visto dentro de los 7 días posteriores al alta.

Pacientes de Medicare de Wellmed

Algunos planes de seguro como Cigna, United Healthcare, Wellpoint y Humana que están bajo la gestión de Wellmed requieren que sus pacientes tomen medidas preventivas como mamografías, colonoscopias, exámenes oculares diabéticos y otros exámenes preventivos. También requieren que recoja sus medicamentos, por lo que usted aceptará que sus medicamentos sean entregados en su casa. Entiendo que si caigo bajo lo que clasifican como pacientes de banda 4 o banda 5, debo ser visto cada mes. **No mantener sus medidas preventivas puede resultar en ser dado de baja de nuestra práctica.**

Política de Recarga de Medicamentos

Es responsabilidad del paciente notificar a la oficina de manera oportuna cuando sean necesarias las recargas. La aprobación de su recarga puede tardar hasta tres (3) días hábiles, así que no espere para llamar. Las recargas de medicamentos sólo se abordarán durante el horario de oficina regular (de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.). Por favor notifique a la oficina el siguiente día hábil si se queda sin medicación después de horas. No se recetarán medicamentos los sábados o domingos. Las recargas solo pueden ser autorizadas para medicamentos prescritos por proveedores de nuestra oficina. No recargamos medicamentos prescritos por otros proveedores.

Medicamentos y Vitaminas

Los pacientes deben traer sus medicamentos y vitaminas a todas las visitas en los frascos originales. No solo los planes de seguro requieren revisar sus medicamentos, también es por su seguridad. No existe un sistema de salud universal donde podamos ver qué medicamentos han prescrito otros proveedores. Por esta razón, es importante. Usted trae sus medicamentos para que podamos ver que no hay interacciones adversas con sus medicamentos. También, nos ayuda a asegurarnos de que no está tomando dosis dobles del mismo medicamento. Hemos visto pacientes que, cuando traen sus medicamentos, no se dan cuenta de que están tomando el mismo medicamento dos veces.

Autorización para Liberar Información (PHI)

Por la presente autorizo a la Clínica We Care para: (1) liberar cualquier información necesaria a las compañías de seguros respecto a mi enfermedad y/o los tratamientos de mis dependientes; (2) procesar reclamaciones de seguro generadas en el curso del examen o tratamiento; y (3)



permitir que una fotocopia de mi firma sea utilizada para procesar reclamaciones de seguro. Esta orden permanecerá en efecto hasta que la revoque por escrito.

Consentimiento de Contacto por Texto

Autorizo a la Clínica We Care a contactarme vía mensaje de texto para atender mejor mis necesidades. Nuestra plataforma, Weave, puede ser utilizada para enviar mensajes compatibles con HIPAA.

Llegadas tardías, cancelaciones y ausencias

- Por favor llegue 10 minutos antes de su cita para permitir el registro y cualquier papeleo.
- Pedimos un aviso de 48 horas para cancelar o reprogramar.
- Los pacientes que lleguen 15 minutos o más después de su hora programada pueden ser reprogramados.
- No dar un aviso adecuado para cancelaciones o reprogramaciones puede resultar en:
 - Una tarifa de \$25 por cita perdida.
- Los pacientes con tres (3) ausencias en 1 año pueden ser considerados para ser dados de baja de la práctica.

Acuse de recibo del aviso sobre prácticas de privacidad.

Reconozco haber recibido y leído una copia del “Aviso de Prácticas de Privacidad” de la Clínica We Care. El aviso describe cómo la Clínica We Care puede usar y divulgar mi información de salud protegida (PHI), las restricciones sobre el uso y divulgación de mi información de salud, y mis derechos respecto a mi PHI.

Reconozco que he leído, entendido y estoy de acuerdo con las políticas descritas en este documento.

Nombre impreso: _____

Firma: _____ Fecha: _____



ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Facturación de su seguro

- Por favor presente su tarjeta de seguro de salud actual en cada visita al consultorio.
- Si no tiene seguro, entonces se requiere el pago completo en el momento del servicio.
- Los copagos, coseguros y deducibles deben pagarse en el momento del servicio.
- Entiendo y acepto que es mi responsabilidad y no la del médico o el personal del médico saber si mi seguro pagará por los servicios médicos que recibo.
- Entiendo y acepto que es mi responsabilidad saber si la elección de mi PCP (médico de atención primaria) ha sido procesada por el plan de mi compañía de seguros. Si he solicitado un cambio de PCP que mi compañía de seguros no procesa, esto puede resultar en que las reclamaciones sean denegadas, entiendo esto y acepto ser financieramente responsable y realizar el pago completo.
- Entiendo y acepto que es mi responsabilidad y no la del médico o el personal del médico saber si mi seguro pagará por los servicios médicos que recibo.

Cobertura de seguro de Visitas de Bienestar Anual versus visitas orientadas a Problemas

Las visitas de bienestar anuales pueden revelar problemas que requieren evaluación y manejo (por ejemplo, visitas por enfermedad, diabetes, hipertensión). Para cumplir con las políticas de facturación de la compañía de seguros, esto luego provoca cargos por ambas categorías. Mientras que los servicios de las visitas de bienestar anual pueden no requerir un copago o deducible, los servicios orientados a problemas sí lo requieren. Si necesita más explicaciones sobre los cargos adicionales por servicios proporcionados durante su visita, por favor hable con nuestro equipo de facturación.

Cheques devueltos

El cargo por un cheque devuelto es de \$35. Debe pagar en su totalidad el monto del cheque y la tarifa por cheque devuelto dentro de los 10 días.

Formularios

Si necesita que se llenen formularios por el proveedor, algunos formularios pueden requerir una tarifa al devolverle los formularios firmados.

Reconozco que he leído, entendido y acepto las políticas descritas en este documento.

Nombre impreso: _____

Firma: _____ Fecha: _____



Consentimiento y Dirección para la Liberación de Información de Salud Protegida (PHI)

En cumplimiento con la HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud) y para proteger su información financiera y de salud, le solicitamos que complete este formulario. Puede cambiar sus respuestas a este formulario en cualquier momento. Mantendremos una copia digital en su expediente. Nos esforzamos por seguir sus deseos excepto cuando la ley lo requiera, como se describe en la declaración del Aviso de Protección de Privacidad, que usted ha leído y firmado. En cuanto a la liberación de su información de salud, por favor lea lo siguiente y marque la casilla que refleje sus deseos.

Por favor, marque su respuesta a lo siguiente:

¿Podemos dejar mensajes en un buzón de voz en casa o en su teléfono celular para discutir citas o tratamientos? Sí No N/A

¿Podemos discutir sus citas/tratamientos con su cónyuge? Sí No N/A

Durante la Exploración

La Clínica We Care puede comunicarse directamente con todas las personas que me acompañen durante mi examen y/o permitirles escuchar toda la información o las conversaciones de forma indirecta. Entiendo que, si no deseo que esa persona participe en la conversación, debo pedirle que abandone la sala de examen.

Sí No N/A

Contactos Telefónicos

Doy mi consentimiento para recibir toda la información respecto a citas, resultados de laboratorio, radiología y otras pruebas, así como información financiera, incluyendo recordatorios de facturas pendientes en mi teléfono de casa y/o teléfono celular personal.

Sí No N/A

Nombre impreso: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____