



# We Care Clinic

## ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Yo comprendo y acepto la responsabilidad financiera de todos los cargos y gastos pro servicios médicos no pagados por mis seguros. Esto incluye cualquier servicio medico y visitas al medico, revisiones medicas preventivas o revisiones medicas, pruebas del laboratorio, rayos X, electrocardiogramas y cualquier otro servicio diagnostico pedido por el medico o por el personal medico.

Comprendo y acepto que es mi responsabilidad o no la del medico o de la clínica saber s mis seguros medico pagaran por la visita medica o por los servicios médicos, revisiones medicas o pruebas diagnosticas, pruebas del laboratorio, rayos-X electrocardiogramas o cualquier servicio diagnostico o prueba diagnostico pedidos por el medico o por el personal medico.

Comprendo y acepto que es mi responsabilidad saber si mi medico o proveedor de servicios médicos que tengo es un proveedor contratado en la red de seguros médicos. Si las reclamaciones son negados o mas del el limite sobre mis beneficios reconozco y acepto pagar la totalidad.

Comprendo y reconozco que es mi responsabilidad saber si mi medico o proveedor de servicios médicos que tengo es un proveedor contratado en la red de seguros médicos reconocido por mi compañía de seguros médicos o bajo mi plan de seguros médicos. Si mi medico no es reconocido por mi compañía de seguros o por mi plan de seguros médicos es posible que rechazan mis reclamaciones y consecuentemente resultados en gastos personales mas altos. Comprendo y reconozco que soy responsable financieramente y que debo de pagar la totalidad.

Comprendo y reconozco que es mi responsabilidad saber si mi elección de PCP ha sido procesada por mi compañía de seguros o mi plan de seguros. Si yo he pedido un cambio de PCP que no es procesado por mi compañía de seguros médicos, comprendo que puede resultar en el rechazo de mis reclamaciones. Comprendo y reconozco que tengo la responsabilidad financiera y pagare la totalidad.

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

Nombre de la persona responsable: \_\_\_\_\_

# We Care Clinic

## Difusión y Consentimientos

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### **ASIGNACION DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO:**

Autorizo por este medio el pago directo de mis beneficios de seguro al grupo de We Care Clinic o Sergio Alvarado M.D. P.A o el medico individualmente para los servicios rendidos a mis dependientes, o a mi por el medico o a empleados bajo su supervisión. Entiendo que es mi responsabilidad saber que mis beneficios de seguro y los servicios que estoy recibiendo están cubiertos es mi póliza. Entiendo y convengo que seré responsable de cualquier balance debido a We Care Clinic.

### **BENEFICOS DE SEGURO DE MEDICARE/MEDICAID/CHAMPUS:**

Yo certifico que la información dada por mi en la solicitud el pago programas en virtudes. Yo autorizo la liberación de cualquiera de mi, o los expedientes de mi dependiente que estos programas pueden solicitar. Por mi parte yo dirijo cualquier pago para mi. Autorizo beneficios de mis dependientes que se hagan directamente al grupo de We Care Clinic.

### **AUTORIZACION DE ENTREGAR INFORMACION PERSONAL NO-PUBLICA:**

Yo certifico que he leído y me han ofrecido una copia del aviso de HIPPA de aislamiento practica We Care Clinic. Autorizo por este medio a We Care Clinic o el medico individualmente para divulgar cualquier, o información mía personal, no publica, medica, o fortuita de mi dependiente que puede se necesaria para la evaluación medica, el tratamiento, la consulta, o el proceso de los beneficios del seguro.

### **AUTORIZACION DE ENVIAR, DE LLAMAR O CORREO ELCTRONICO:**

Yo certifico que entiendo los riesgos para la intimidad de la correspondencia, llamados telefónicas y el correo electrónico. Yo autorizo a We Care Clinic. representate o mi medico a enviar, a llamar a manda correo electrónico con comunicaciones de respeto a mi salud, incluyendo peo no limitado a las coas tales cormo recordatorios de citas de un procedimiento y resultados de la pruebas diagnósticos. Entiendo que tengo el derecho de rescindir mi autorización en cualquier momento se que puedo notificar en escrito al grupo de We Care Clinic.

### **LABORATORIO, RADIOGRAFIA, Y SERVICIOS DIAGNOSTICOS:**

Entiendo que soy responsable financieramente de cualquier pendiente de servicios diagnósticos, incluyendo laboratorio, radiografía y otros servicios diagnósticos. Entiendo que puedo recibir una cuanta separada estos casos.

### **CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO:**

Doy mi consentimiento a We Care Clinic su medico o empleados bajo su supervisión, para la evaluación, pruebas y tratamiento medico.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Si es diferente del paciente)

Nombre del Asegurado (letrada de imprenta): \_\_\_\_\_

# We Care Clinic

## Reconocimiento de Recibo de la Noticia de Practicas de Privacidad de HIPAA

---

Petición de Comunicación Confidencial de su Información de Salud Privada:

Por favor circule su respuesta en lo siguiente:

Podemos dejar mensajes con respecto a sus citas con un compañero de trabajo, recepcionista, o secretaria que regularmente contesta sus llamadas? Si No No Aplica

Podemos dejar mensaje en el correo de voz en el trabajo? Si No No Aplica

Podemos discutir sus citas/tratamiento con su cónyuge? Si No No Aplica

Si usted tiene mas de 18 anos de edad, todavía viviendo en casa, podemos discutir sus citas/tratamiento con sus padres o guardián? Si No No Aplica

Si usted tiene mas de 18 anos de edad, podemos discutir sus citas y/o tratamiento con sus hijos? Si No No Aplica

Usted debe informarnos por escrito si desea cambiar la manera en la cual esta oficina se comunica con usted.

Gracias.

Archivar en el expediente medico del paciente.

Es estalación tiene derecho a modificar las practicas de privacidad explicadas en este aviso.

Yo he recibido una de "El Aviso de Privacidad de Practicas Medicas"

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente (Imprima)

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante del Paciente

\_\_\_\_\_  
Relación del Representante con el Paciente

# We Care Clinic

## CONTRATO DE: WE CARE CLINIC

Yo \_\_\_\_\_ en este día \_\_\_\_\_ entiendo y voluntariamente estoy de acuerdo a los siguientes términos:

\_\_\_\_\_ Yo tratare al personal de la oficina con respeto en todo momento. Yo entiendo que si en algún momento trato irrespetuosamente a algún miembro de la oficina o interrumpo el cuidado de algún otro paciente de la clínica, We Care Clinic terminara mi cuidado y sere despedido como paciente.

\_\_\_\_\_ Yo cuidare mis citas agendas y estare a tiempo a cada cita con el Doctor y los miembros al cuidado de mi tratamiento medico. Entiendo que hay un cargo de 25 dólares si no cancelo o reprogramo mi cita dentro de las 48 horas de la hora programada. Entiendo que hay un cargo de 50 dólares si no cancelo o reprogramo mi cita de procedimiento dentro de las 48 horas de la hora programada.

\_\_\_\_\_ Entiendo que si tengo 3 cita perdidas, la práctica terminará mi relación médico-paciente.

\_\_\_\_\_ Llamare dentro de las 24 horas posteriores al alta del hospital o la sala de emergencias para programar una cita para que no haya interrupciones en mi atención.

\_\_\_\_\_ Yo hare todas las pruebas de diagnostico(laboratorios de sangre, rayos X, EKG y de mas) en el periodo mas oportuno antes de mi siguiente cita programada.

\_\_\_\_\_ Yo pagare mi deducible y cualquier otro balance económico el día de mi cita.

\_\_\_\_\_ Yo entregare mi asegurada medica en cada visita con el doctor.

\_\_\_\_\_ Yo notificare a la oficina inmediatamente en caso de algún cambio de seguro medico y proveere copia de mi nueva tarjeta de seguro medico en mi siguiente cita.

\_\_\_\_\_ Yo traere todos mis medicamentos a cada cita con el doctor. Yo entiendo que errores ocurren y mi Doctor y su equipo requiere los frascos de medicamento(s) y no solo una lista para el bien de mi salud.

\_\_\_\_\_ Yo notificare a la clínica cualquier cambio en mi información de contacto.

\_\_\_\_\_ Yo hablare a la clínica con al menos 3 semanas de anticipación en caso de que mi medicamento se termine y falten mas de 3 semanas para mi próxima cita.

\_\_\_\_\_ Yo guardare mi(s) medicamento(s) en un lugar seguro y lejos del alcance de los niños. Entiendo que si mi medicamento es extraviado o robado, podría o no ser reemplazado asta mi próxima cita.

\_\_\_\_\_ Yo tomare mi medicamento siguiendo las instrucciones, no cambiare la manera de tomar mi medicamento sin antes hablar con el doctor o su asistente.

\_\_\_\_\_ Yo notificare al doctor inmediatamente de cualquier otro medicamento recetado por algún otro doctor.

\_\_\_\_\_ Yo no hablare a la clínica después del horario de oficina, por la noche, o en fines de semana para pedir rellenos de medicamento. Yo entiendo que solo me darán rellenos de medicamento en horas de oficina. También entiendo que si no asisto o cambio mi cita, solo me darán el medicamento suficiente para mi próxima cita.

\_\_\_\_\_ Yo solo usare una farmacia para surtir todos mis medicamentos.

Nombre de la farmacia/numero de telefono \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Yo firmare un formulario de liberación de información para contactar a otro(s) doctores previos que tengan información necesaria para mi cuidado.

\_\_\_\_\_ Yo firmare un formulario de liberación de información al día siguiente, cada vez que este en la sala de emergencias o en el hospital. Hare una cita con el doctor en un periodo de una semana después de el día de mi salida.

# We Care Clinic

Mi salud es importante para mi, mi familia y mis seres queridos. Yo trabajare duro para mi bienestar y cuidare de mi persona. Yo entiendo que mi doctor no puede ayudarme si no me ayudo a mi mismo. Yo espero que mi doctor me ofrezca su mejor consejo pasado en su entrenamiento medico. Yo entiendo que sin mi participación activa, la habilidad de mi doctor para ayudarme es limitada. Entiendo que mi doctor es mi consultor, yo soy el colaborador, juntos podremos lograr grandes cosas.

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

## COMPROMISOS DE WE CARE CLINIC

Nosotros en WE CARE CLINIC nos comprometemos a trabajar con usted en el esfuerzo de mejorar su salud general, por lo siguiente nos comprometemos a:

Nosotros lo(a) trataremos con respeto en todo momento. Si algún miembro de la clínica en algún momento es irrespetuoso(a), por favor comuniqué a nuestro supervisor.

Nosotros explicaremos a usted su condición medica y proveeremos opciones de tratamiento.

Nosotros lo ayudaremos a contactar otras maneras de tratamiento para ayudar a su condición medica.

Nosotros le ayudaremos a programar metas de tratamiento y monitores su progreso para alcanzar esas metas.

Nosotros estaremos en contacto con todos los proveedores cargo de su salud medica.

Nosotros explicaremos todos los nuevos medicamentos y posibles efectos secundarios, nosotros nos aseguraremos que su tratamiento sea lo mas seguro posible.

Nosotros seguiremos sus recetas y pruebas de diagnostico regularmente para ayudarlo(a) a sentir que esta siendo bien monitoreado.

Nosotros le ayudaremos a agendar sus citas para relleno de medicamento. Si nosotros cancelamos o cambiamos su cita por alguna razón, nosotros nos aseguraremos que tenga el medicamento suficiente asta el día de su próxima cita con nosotros.

Nosotros trabajaremos con su proveedor de seguro medico para asegurar que tenga su medicamento, en caso de algún tramite faltante para la aprobación de su medicamento.