

# 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: \_\_\_\_\_

La mayoría de los medios convenientes de comunicación para las citas, resultados de laboratorio e información general:

Nota: 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: \_\_\_\_\_

Recordatorios de citas se envían a través de un servicio automatizado a través de mensajes de texto. Si esto no es conveniente, háganos saber.

Método preferido para recibir recordatorios de citas: \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_ Telefono casa / móvil

Si no desea que se le recuerde ninguna cita futura, seleccione esta casilla: \_\_\_\_\_ NO CONTACTAR

**INFORMAR A NUESTRA OFICINA DE CUALQUIER SEGURO, NÚMERO DE TELÉFONO O CAMBIOS DE DIRECCIÓN**

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

**\*\*\* FAVOR DE PROPORCIONAR LA RECEPCIONISTA CON SU TARJETA DE SEGURO \*\*\***

**Notifique a la recepción si necesita un intérprete durante su visita.**

**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.

# Texas Diabetes y Endocrinología, P.A.

## 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 completa comprensión de sus responsabilidades financieras es un elemento esencial de su atención y tratamiento.

El pago completo se debe en el momento del servicio para los pacientes que pagan por cuenta propia, a menos que se hayan hecho otros arreglos por adelantado. Para su comodidad, aceptamos Discover, Mastercard, Visa, cheques personales y efectivo.

### **Tu Seguro:**

- Hemos hecho arreglos previos con muchas compañías de seguros y planes de salud para aceptar una asignación de beneficios. Esto significa que vamos a facturar esos planes para los que tenemos un acuerdo y sólo requerirá que pague el co-pago autorizado en el momento del servicio. La política de esta oficina es recoger esta co-pago cuando usted llegue a su cita.
- Si usted tiene cobertura de seguro con un plan acerca de las cuales no tenemos un acuerdo previo, los cargos por su cuidado y tratamiento son debidos en el momento del servicio.
- En el caso de que su plan de salud determina que un servicio sea "no cubierto", usted será responsable de la carga completa. El pago se efectuará a la recepción de una declaración de nuestra oficina.
- Nos cuenta de su plan de salud para todos los servicios prestados en la oficina. Cualquier saldo es su responsabilidad y es debido a la recepción de una declaración de nuestra oficina.
- Si tiene Medicaid u obtiene Medicaid en cualquier momento durante su cuidado, comprende que TD & E lo acepta como paciente de pago privado 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.

### **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.

### **Otros cargos:**

- Si tiene un saldo en su cuenta, usted recibirá un total de dos estados. Debe convertirse en su cuenta más de 60 días de atraso, su cuenta puede ser enviado a una agencia de colecciones. Se añadirá una cuota de colecciones de 30% de su saldo total de la cuenta. Tenga en cuenta: si tiene una cita programada, el saldo total se deberá pagar al momento del check-in. Si no puede pagar el monto total, se puede hacer un arreglo de pago con una tarjeta de crédito registrada. Si no se resuelve su cuenta, se cancelarán sus citas.
- En ciertas circunstancias, el proveedor puede cobrar por servicios de telefonía que incluyen más extensas discusiones médicas. Este cargo se enviará directamente a usted.

**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

---

Firma del paciente o la persona responsable si un menor de edad

---

Fecha

# Texas Diabetes y Endocrinología, P.A.

## Recordatorios amistosos para el paciente

**Citas:** Haremos todos los esfuerzos posibles para programar una cita dentro de un marco de tiempo razonable con uno de nuestros profesionales. Agradecemos a nuestros pacientes y comprendemos que su tiempo es valioso. Nuestro objetivo es ser lo más puntuales posible y atenderlo de manera oportuna. Requerimos un aviso de 24 horas para cancelar su cita. Esto nos permite dar su cita a otro paciente. Hay un cargo de \$ 50 por citas no show y cancelaciones el mismo día. Si no podemos confirmar su cita debido a números de teléfono incorrectos, su cita será cancelada.

**Informe y revisión de laboratorio:** las pruebas de laboratorio son una herramienta necesaria en el tratamiento de enfermedades crónicas. Es importante que se realice las pruebas de laboratorio y cumpla con sus citas de seguimiento para analizar su plan de atención. Si las pruebas de laboratorio se realizan entre visitas, los resultados se informarán dentro de dos semanas a través de nuestro portal para pacientes o por correo. Usted puede ser contactado por teléfono por una enfermera con instrucciones. Espere dos semanas antes de ponerse en contacto con nuestra oficina para tener tiempo de procesar el laboratorio, revisarlo y enviarlo por correo. Si desea que revisemos e interpretemos laboratorios realizados en otro lugar, obtenga copias de los laboratorios y tráigalos a la cita. **TENER EN CUENTA: LABORATORIOS DE PATOLOGÍA CLÍNICA (CPL) ES NUESTRO LABORATORIO DESIGNADO. SI UTILIZA UN LABORATORIO DIFERENTE, NOTIFIQUE A SU PROVEEDOR EN SU VISITA. NO SOMOS RESPONSABLES DE LA OBTENCIÓN DE LABORATORIOS REALIZADOS EN OTRAS OFICINAS.**

**Recargas de medicamentos:** proporcionamos recetas de 30 o 90 días y las recargas se realizan al momento de su cita. Enviamos recetas electrónicamente, por lo que si está utilizando una empresa de envío por correo, infórmeles cuándo desea que le surtan 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 renovación en su nombre. Por favor, espere 48 horas para el procesamiento de estos resurtidos.

**Llamadas telefónicas de enfermera:** Para atender mejor sus necesidades, las enfermeras están disponibles por teléfono desde las 8:30 a.m. - 12:00 pm. y 1:30 p.m. - 4:30 pm. Si las enfermeras no están disponibles, deje un mensaje de correo de voz. El correo de voz se revisa por la mañana y después del almuerzo. Los mensajes que se dejan en la mañana serán devueltos el mismo día. Mensajes que quedan después de las 4:30 p.m. será devuelto el siguiente día hábil. Si tiene una solicitud urgente, hable directamente con la recepcionista y no deje un mensaje.

---

### HIPAA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

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
--------	----------	--------------------

---

Nombre impreso del paciente

Fecha de Nacimiento

---

Firma del paciente o parte responsable si un menor

Fecha