

TEXAS DIABETES Y ENDOCRINOLOGÍA , P.A.

6500 Norte Mopac * Bldg. 3 , Ste . 200 * Austin, TX 78731

5000 Davis Ln Ste 200 * Austin, TX 78749

110 Deer Ridge Dr. * Round Rock, TX 78681

Teléfono: (512) 458-8400 * Fax: (512) 458-8593

Demográficos del Paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo legal: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Estado civil (marque con un círculo): Soltero / Casado / Separado / Divorciado / Viudo / Otro _____

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 tuteo

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.

Información del paciente - Revisado

Debido a los muchos cambios en la atención médica y nuestra capacidad para cumplir con esos cambios y el crecimiento en nuestra práctica, hemos implementado las siguientes políticas y procedimientos para nuestra oficina.

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.

Practicantes no médicos: Texas Diabetes & Endocrinology utiliza asistentes médicos y enfermeras de práctica avanzada para ayudar en la entrega de atención médica. Los asistentes médicos y las enfermeras de práctica avanzada no son médicos, sin embargo, pueden diagnosticar, tratar y monitorear enfermedades agudas y crónicas comunes, así como proporcionar cuidados de mantenimiento de la salud. Un asistente médico es graduado de un programa de capacitación certificado y tiene licencia de la junta médica estatal. Una enfermera de práctica avanzada es una enfermera registrada que ha recibido educación avanzada y capacitación en la provisión de atención médica. Los enfermeros practicantes y los especialistas en enfermería clínica son enfermeras de práctica avanzada. Su firma a continuación indica que comprende que algunos servicios pueden ser brindados por un asistente médico o una enfermera de práctica avanzada.

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 comuniqué 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.

Cartas y formularios: si solicita que generemos una carta en su nombre, se le cobrará a su cuenta \$ 25.00. La tarifa vence cuando se solicita la carta. Este no es un beneficio de seguro cubierto y se le cobrará directamente al paciente. Si pierde algún formulario generado por esta oficina, habrá un cargo de \$ 10.00 por reemplazarlos. Este no es un beneficio de seguro y vence en el momento de la solicitud. Esto incluye prescripciones perdidas, requisiciones de laboratorio y pedidos de exámenes médicos.

Contáctese con usted: Texas Diabetes & Endocrinology y cualquiera de nuestros afiliados o proveedores, como agencias de cobro, pueden comunicarse con usted por teléfono o mensaje de texto usando cualquier número de teléfono que nos haya proporcionado o cualquier otro número de teléfono asociado con su cuenta, incluidos los servicios inalámbricos. o números de teléfono móvil. Podemos utilizar cualquier método para comunicarnos con usted en estos números, como un Sistema Automático de Marcado Telefónico (ATDS) o un mensaje pregrabado. Debe notificarnos si ha renunciado a la propiedad o el control de dichos números telefónicos.

Firma: _____ Fecha: _____

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

Asignación de la Forma Beneficios

Responsabilidad Financiera:

Todos los servicios profesionales prestados son a cargo del paciente y deben ser pagados al momento del servicio, a menos que otros arreglos se han hecho con antelación con nuestra oficina de negocios. Formas serán terminados para solicitar pagos compañía de seguros.

Asignación de Beneficios:

Por la presente asigno todos los beneficios médicos y quirúrgicos, para incluir beneficios médicos a los que tengo derecho. Por la presente autorizo y dirijo mi aseguradora (s), incluyendo Medicare, el seguro privado y cualquier otro plan de salud / médicos, para emisión de cheques de pago (s) directamente a Texas Diabetes y Endocrinología, PA por los servicios médicos prestados a mí y / o mis dependientes, independientemente de mis beneficios del seguro, si los hubiere. Entiendo que soy responsable por cualquier monto no cubierto por el seguro.

Autorización para divulgar información:

Por la presente autorizo de Texas Diabetes y Endocrinología, PA a: (1) liberar toda la información necesaria a las compañías de seguros con respecto a mi enfermedad y los tratamientos; (2) las reclamaciones de seguros proceso generados en el curso de su examen o tratamiento; y (3) permitir una fotocopia de mi firma que se utilizará para procesar reclamaciones de seguros para el período de vida útil. Este orden se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito.

He pedido a los servicios médicos de Texas Diabetes y Endocrinología, PA en nombre de mi y / o mis dependientes, y entiendo que al hacer esta petición, me vuelvo totalmente financieramente responsable de cualquier y todos los gastos incurridos en el curso del tratamiento autorizado.

Entiendo, además, que las tasas se deben pagar en la fecha en que se prestan los servicios y estoy de acuerdo en pagar todos estos gastos incurridos en su totalidad inmediatamente después de la presentación de la declaración correspondiente. Una fotocopia de esta asignación debe ser considerada tan válida como el original.

Paciente / Persona Responsable Firma

Fecha

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que he recibido de Texas Diabetes y Endocrinología del Aviso de prácticas de privacidad, que describe las formas en que la práctica puede usar y divulgar mi información de salud. Yo entiendo que puedo comunicarme con el Oficial de Privacidad designado en la notificación si tengo una pregunta o queja. En la medida permitida por la ley, doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información para los fines descritos en el Aviso.

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento
---------------------	---------------------

Firma del paciente	Fecha
--------------------	-------

Representante Personal / Tutor Nombre	Relación con el paciente
---------------------------------------	--------------------------

Representante Personal / Tutor	Fecha
--------------------------------	-------

Por favor escriba los nombres y las relaciones de todas las personas TDE está autorizado a revelar información médica a.

Nombre	Relación
--------	----------

Nombre	Relación
--------	----------

Nombre	Relación
--------	----------

PARA USO DE LA OFICINA:

Si el reconocimiento firmado no se pudo obtener del paciente o representante, la razón (s) debe ser documentado.

1. Por favor, explique por qué el paciente no firmó un formulario de reconocimiento:

- El paciente se negó a firmar
- Barrera de Comunicación Paciente
- Situación de Emergencia
- Otro: _____

2. Completado por:

Firma del empleado	Título	Fecha
--------------------	--------	-------

RESUMEN DE SALUD

Texas Diabetes y Endocrinología, P.A.

Nombre del paciente: _____
 Refiriéndose Médico: _____
 Médico Primario: _____
 OB / GYN: _____
 Farmacia: _____

Fecha de Nacimiento: _____
 Teléfono: _____
 Teléfono: _____
 Teléfono: _____

Pasado Cirugías / Historial Médico:

Fecha:

Lista de Medicamentos:

Dosis:

Alergias a medicamentos: _____

**Historial médico familiar (no pacientes): MARQUE LO QUE CORRESPONDA
 (Padre, Madre, Hermanos, Hijos, tía, tío, abuelo, por favor especifique)**

Diabetes	Relacion:		Ataque Del Corazón	Relacion:		Otros
Tiroides	Relacion:		Infarto cerebral	Relacion:		
Osteoporosis	Relacion:		Presión arterial alta	Relacion:		
Cáncer	Relacion:		Colesterol	Relacion:		

Historia Social:

Ocupación: _____

Estado civil: Casado Soltero Divorciado Viuda Socio

Niños: # _____ Sexo Afirmado (si es diferente de género legal): _____

Uso de Tabaco: Sí o No Frecuencia: _____

Consumo de alcohol: Sí o No Frecuencia: _____

Uso de Drogas: Sí o No Frecuencia: _____

Completar SÓLO si usted es un diabético:

1. reciente vacuna contra la gripe? Sí o No ¿Cuándo? _____
2. vacuna contra la neumonía? Sí o No ¿Cuándo? _____
3. Hep Serie B? Sí o No ¿Cuándo? _____
4. vacuna contra la culebrilla? Sí o No ¿Cuándo? _____
5. examen Última ojo? _____
6. Examen de los pies? _____
7. Última limpieza dental? _____