

# New Patient Intake (Spanish)



Jeffrey B. Taylor, D.O.

Kaylee Roberts, FNP-BC ◦ Chaney Young, FNP-C ◦ Carson Scheidler, FNP-C

---

### Información Demográfica

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Seguro Social # \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Sexo: Masculino Femenino Otro (Especifique): \_\_\_\_\_

Idioma preferido: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ Etnicidad: \_\_\_\_\_

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección (línea 2): \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_ Teléfono de casa: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

### Contacto de Emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Teléfono celular: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Farmacia Preferida

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono #: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

---

### Información del Seguro

#### Seguro Primario

Nombre del titular: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Relación con el titular: PROPIO CÓNYUGE HIJO OTRO: \_\_\_\_\_

Seguro: \_\_\_\_\_ Seguro Social # del titular: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Póliza#: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

### Secondary Insurance

Seguro: \_\_\_\_\_ Seguro Social # del titular: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Póliza#: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

---

### Acuerdo de Responsabilidad Financiera

Por favor tenga en cuenta que cobramos la parte estimada de su seguro en cada visita. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Usted es responsable de cualquier saldo pendiente y de los servicios prestados, independientemente de la estimación original de los beneficios del seguro. Es su responsabilidad conocer los beneficios de su póliza de seguro específica. Como cortesía, presentaremos sus reclamaciones a su compañía de seguros. Los pagos del seguro normalmente se reciben dentro de 30 a 45 días. Cualquier saldo pendiente después de 60 días será su responsabilidad y deberá pagarse en ese momento. Todos los deducibles y copagos deben pagarse en el momento del servicio. Se deberá mantener en archivo en nuestra oficina un formulario de reclamación completo o una copia de su tarjeta de seguro. Intentamos responder cualquier pregunta que pueda tener sobre su compañía de seguros; sin embargo, es posible que necesite comunicarse directamente con su aseguradora para obtener información adicional. Si su seguro cambia, es su responsabilidad proporcionar la información actualizada a nuestra oficina. Si su seguro requiere la asignación de un proveedor de atención primaria, es su responsabilidad actualizar esta información con su compañía de seguros.

Tenga en cuenta que la cobertura de cada póliza de seguro es diferente. Los estudios de laboratorio o pruebas diagnósticas ordenadas durante las visitas pueden no estar cubiertos por su seguro. En caso de que el paciente reciba una factura por estos servicios, la responsabilidad recae en el paciente y no en Our Family Doctor.

**Asignación de beneficios:** Por favor lea y firme para que nuestra oficina pueda presentar sus reclamaciones al seguro: Autorizo la divulgación de información y entiendo que soy responsable de todos los costos del tratamiento médico y de los servicios prestados. Por la presente autorizo el pago directo a Our Family Doctor de los beneficios del seguro que de otro modo me corresponderían.

Firma del paciente o representante autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde del paciente o representante autorizado: \_\_\_\_\_

## New Patient History

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Motivo principal de la visita: \_\_\_\_\_

Proveedor previo: \_\_\_\_\_

### Otros proveedores / especialistas

Especialidad (ie. Cardiólogo or doctor de corazón)	Nombre del proveedor (ie. Dr. Missy Meadows)

### Alergias

Medicamento	Reacción

### Medicamentos

Medicamento (ie. Metformin)	Dosis (ie. 500 mg)	Frecuencia(ie . dos veces al dia)

### Mantenimiento de Salud

Tipo de estudio	Lugar	Fecha
Cáncer de colon: Colonoscopia / Cologuard / FIT		
Detección de osteoporosis (estudio de densidad ósea)		
Detección de cáncer de mama (mamografía)		

Detección de cáncer cervical (prueba de Papanicolaou)		
Examen de la vista	¿Le dilataron los ojos? Sí / No (encierre en un círculo uno)	
Detección de cáncer de pulmón (tomografía computarizada de tórax de baja dosis)		

**Historial Médico:** - ¿Alguna vez le han diagnosticado algún problema de salud? Ejemplos incluyen presión arterial alta, colesterol alto, diabetes, EPOC, etc.

Problema médico	Comentarios

**Historial quirúrgico**

Cirugía	Fecha

---

## Consentimiento General Para Atención y Tratamiento

Usted tiene el derecho, como paciente, de ser informado sobre su condición y sobre el procedimiento quirúrgico, médico o diagnóstico recomendado, de modo que pueda tomar la decisión de aceptar o no cualquier tratamiento o procedimiento sugerido, después de conocer los riesgos y posibles complicaciones involucradas. En este momento de su atención, no se ha recomendado un plan de tratamiento específico. Este formulario de consentimiento tiene como único propósito obtener su autorización para realizar la evaluación necesaria para identificar el tratamiento y/o procedimiento adecuado para cualquier condición identificada.

Este consentimiento nos otorga su permiso para realizar exámenes médicos, pruebas y tratamientos que sean razonables y necesarios. Al firmar a continuación, usted indica que (1) este consentimiento tiene carácter continuo, incluso después de que se haya establecido un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento; y (2) usted autoriza el tratamiento en esta oficina o en cualquier otra oficina afiliada bajo la misma propiedad. Este consentimiento permanecerá vigente hasta que sea revocado por escrito. Usted tiene el derecho de suspender los servicios en cualquier momento.

Usted tiene el derecho de discutir el plan de tratamiento con su médico, incluyendo el propósito, los posibles riesgos y los beneficios de cualquier prueba que se le ordene. Si tiene alguna inquietud con respecto a cualquier prueba o tratamiento recomendado por su proveedor de atención médica, le recomendamos que haga preguntas.

Solicito voluntariamente que un médico y/o proveedor de nivel medio (enfermero practicante, asistente médico o especialista clínico en enfermería), así como otros proveedores de atención médica o sus designados según sea necesario, realicen exámenes médicos, pruebas y tratamientos que sean razonables y necesarios para la condición que me ha llevado a buscar atención en esta clínica. Entiendo que, si se recomiendan pruebas adicionales o procedimientos invasivos o intervencionistas, se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de dichos estudios o procedimientos.

Certifico que he leído y comprendido completamente las declaraciones anteriores y que doy mi consentimiento de manera plena y voluntaria a su contenido.

Firma del paciente o representante autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde del paciente o representante autorizado: \_\_\_\_\_

---

## Formulario de Consentimiento de Cumplimiento de HIPAA

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos utilizar o divulgar su información de salud protegida.

El aviso contiene una sección sobre los derechos del paciente que describe sus derechos conforme a la ley. Al firmar este consentimiento, usted reconoce que ha revisado nuestro aviso antes de firmar. Los términos del aviso pueden cambiar; de ser así, se le notificará en su próxima visita para actualizar su firma y fecha.

Usted tiene el derecho de restringir cómo se utiliza y divulga su información de salud protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar dicha restricción; sin embargo, si la aceptamos, cumpliremos con ella. La ley HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996) permite el uso de la información para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Al firmar este formulario, usted autoriza el uso y la divulgación de su información de salud protegida, así como su posible uso anónimo en publicaciones. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito y firmado por usted; sin embargo, dicha revocación no será retroactiva.

Al firmar este formulario, entiendo que:

- La información de salud protegida puede ser divulgada o utilizada para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
- La clínica se reserva el derecho de modificar la política de privacidad conforme a la ley.
- La clínica tiene el derecho de restringir el uso de la información, pero no está obligada a aceptar dichas restricciones.
- El paciente tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, y todas las divulgaciones futuras cesarán.
- La clínica puede condicionar la prestación de servicios a la firma de este consentimiento.

Al firmar este formulario, usted autoriza el contacto por teléfono, correo electrónico o mensaje de texto para confirmar citas y permite que la oficina deje mensajes en su contestador automático en casa o en su teléfono celular.

¿Podemos hablar sobre su condición médica con algún miembro de su familia?    **SÍ**    **NO**

Si respondió **SÍ**, por favor indique los nombres de las personas autorizadas:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del paciente o representante autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde del paciente o representante autorizado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **Política de Resurtido de Medicamentos**

Our Family Doctor participa en la prescripción electrónica directamente a farmacias locales y de pedido por correo. Nuestro objetivo es ayudar a nuestros pacientes con sus solicitudes de recetas de manera eficiente y oportuna. Debido al volumen de solicitudes de recetas, hemos creado las siguientes pautas para cumplir con estos objetivos.

1. Es responsabilidad del paciente notificar a la clínica de manera oportuna cuando necesite resurtidos. La aprobación de su resurtido puede tardar hasta tres (3) días hábiles, por lo que no espere para llamar. Si utiliza una farmacia de pedido por correo, comuníquese con nosotros catorce (14) días antes de que se le termine su medicamento.
2. Los resurtidos de medicamentos solo se procesarán durante el horario regular de la clínica, de lunes a viernes (recuerde que cerramos al mediodía los jueves). Si se queda sin medicamento fuera del horario laboral, notifíquenos el siguiente día hábil. No se surtirán recetas los sábados, domingos ni días festivos.
3. Los resurtidos requieren supervisión cercana por parte de sus proveedores para garantizar su seguridad y eficacia. Sus proveedores recetarán la cantidad adecuada de resurtidos hasta su próxima cita programada. Generalmente, cuando ya no tiene resurtidos disponibles, es momento de programar una cita de seguimiento. Preferimos que solicite los resurtidos al inicio de su visita.
4. Los pacientes que soliciten nuevos medicamentos o tratamientos para un problema agudo (por ejemplo, antibióticos) deben tener una cita. Esta puede ser por telemedicina o en persona. No se recetan medicamentos por teléfono, ya que generalmente se requiere una evaluación en consulta.
5. Los resurtidos solo se autorizarán para medicamentos recetados por proveedores de nuestra clínica. No surtiremos medicamentos recetados por otros proveedores, a menos que se aprueben durante una consulta.
6. Algunos medicamentos requieren autorización previa. Dependiendo de su seguro, este proceso puede implicar varios pasos tanto por parte de la farmacia como de sus proveedores. Tanto las farmacias como los proveedores están familiarizados con este proceso y lo gestionarán lo más rápido posible. Solo la farmacia será notificada del estado de aprobación. Ni la farmacia ni el proveedor pueden garantizar que su compañía de seguros apruebe el medicamento. Por favor, consulte con su farmacia o con su aseguradora para obtener actualizaciones.
7. Es importante asistir a sus citas programadas para asegurar resurtidos oportunos. Las ausencias repetidas o cancelaciones resultarán en la negación de resurtidos.
8. Si tiene alguna pregunta sobre sus medicamentos, por favor consúltela durante su cita. Si considera que su medicamento necesita ajuste o cambio, comuníquese con nosotros de inmediato.

9. Nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa administrativa si existen múltiples solicitudes de recetas fuera de una consulta.

## Medicamentos Controlados

En algún momento de su tratamiento, es posible que el Dr. Jeffrey Taylor o su(s) designado(s) le receten un medicamento controlado.

Según la DEA, una sustancia controlada es "narcóticos, depresores y estimulantes fabricados para uso médico legítimo que están sujetos a abuso y, por lo tanto, han sido sometidos a control legal", y aplica a "todos los profesionales de la salud autorizados para dispensarlos, administrarlos o recetarlos."

Dependiendo del nivel de riesgo del medicamento, la DEA asigna a cada uno una "clasificación" (Schedule). Estas clasificaciones van de I a V, siendo I la más peligrosa y V la menos peligrosa. Según el caso del paciente y la clasificación del medicamento, se requiere que los pacientes sean vistos al menos cada tres meses, aunque en algunos casos puede ser necesario acudir mensualmente. Se realizarán pruebas de detección de drogas en orina de manera trimestral. No cumplir con una prueba de detección de drogas en orina actualizada o con las visitas presenciales requeridas dentro del intervalo establecido resultará en la negación de resurtidos.

Tenga en cuenta que los proveedores de Our Family Doctor utilizan el sitio web del Programa de Monitoreo de Medicamentos Recetados para obtener información sobre el historial de medicamentos controlados recetados.

Firma del paciente o representante autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde del paciente o representante autorizado: \_\_\_\_\_

---

## Política de Cancelación y de Inasistencia (No Show)

Entendemos que pueden surgir situaciones en las que deba cancelar su cita. Es necesario que cancele su cita con más de 24 horas de anticipación. Esto permitirá que otro paciente que esté esperando una cita pueda ocupar ese horario. Cuando las cancelaciones se realizan con menos de 24 horas de aviso, no podemos ofrecer ese espacio a otros pacientes.

Los pacientes que no se presenten a su cita sin notificar con al menos 24 horas de anticipación se considerarán como inasistencia (No Show). Los pacientes que lleguen 30 minutos tarde a su cita sin previo aviso también se considerarán como inasistencia y serán atendidos según la disponibilidad. A cualquier paciente que incurra en una inasistencia se le cobrará una tarifa de \$25.00. Las tarifas pendientes por inasistencia deben pagarse en su totalidad antes de programar futuras citas. Los pacientes que acumulen tres (3) o más inasistencias pueden ser dados de baja de la clínica.

Las tarifas por cancelación e inasistencia son responsabilidad exclusiva del paciente, no de la compañía de seguros, y deben pagarse en su totalidad antes de programar nuevas citas.

Entendemos que pueden existir circunstancias especiales e inevitables que le obliguen a cancelar dentro de las 24 horas. En estos casos, la tarifa puede ser exonerada únicamente con la aprobación de la administración. Our Family Doctor considera que una buena relación médico-paciente se basa en la comprensión y la buena comunicación..

Firma del paciente o representante autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde del paciente o representante autorizado: \_\_\_\_\_

---

## Política de Telemedicina

En Our Family Doctor, nos esforzamos por brindar atención médica de alta calidad y con compasión, mientras cumplimos con las directrices de las compañías de seguros. A partir del 1 de febrero de 2024, utilizamos

Google Meet, una plataforma compatible con HIPAA, para realizar consultas de telemedicina mediante audio y video.

Google Meet requiere un dispositivo con datos celulares o WiFi, cámara y micrófono. Si utiliza un dispositivo móvil, el paciente debe tener acceso a mensajes de texto o correo electrónico y tener descargada la aplicación Google Meet. Si utiliza una computadora de escritorio o portátil, debe contar con cámara y micrófono (nota: la mayoría de las computadoras de escritorio no los incluyen).

Los proveedores y el personal de Our Family Doctor harán todo lo posible por ayudar a los pacientes a configurar Google Meet antes de la cita; sin embargo, la responsabilidad final recae en el paciente y su familia. Si al momento de la cita el proveedor no logra establecer conexión con el paciente a través de Google Meet, el paciente puede perder su cita y será necesario hacer nuevos arreglos para continuar la atención. Los pacientes que no puedan utilizar Google Meet por cualquier motivo solo podrán realizar visitas en persona.

No todas las pólizas de seguro incluyen cobertura para telemedicina. Nuestro personal de programación hará todo lo posible para asegurar que los pacientes sin cobertura sean programados para visitas presenciales; sin embargo, es responsabilidad del paciente conocer su cobertura. En caso de que el seguro no cubra una consulta de telemedicina, el paciente será responsable de la parte no cubierta de la visita.

Tenga en cuenta que el mismo estándar de atención que se ofrece en una visita en persona se aplicará a todas las consultas de telemedicina.

Si el paciente o el proveedor consideran que la atención se maneja mejor en persona, cualquiera de las partes puede suspender el uso futuro de la telemedicina. La telemedicina puede ser muy útil, conveniente y mejorar el acceso a la atención médica. Esperamos que disfrute esta opción que ofrecemos, a pesar de los requisitos que conlleva.

Firma del paciente o representante autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde del paciente o representante autorizado: \_\_\_\_\_

---

### Inscripción en FollowMyHealth

FollowMyHealth es el portal en línea de Our Family Doctor. FollowMyHealth es una herramienta innovadora en línea que le brinda acceso a sus registros médicos personales y le permite asumir un papel activo en el manejo de su atención médica. Después de su visita, recibirá por correo electrónico una invitación para registrarse. El PIN para activar su cuenta será los últimos 4 dígitos de su número de Seguro Social.

Con FollowMyHealth, usted puede:

- Revisar sus registros médicos
- Comunicarse de forma privada con sus proveedores
- Ver resultados de estudios
- Actualizar su información de salud
- Solicitar resurtidos de medicamentos
- Programar o cambiar citas

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Últimos 4 dígitos del Seguro Social: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

---

Solo para uso del personal:

Date Invitation Sent: \_\_\_\_\_ Staff Signature: \_\_\_\_\_

# Established Patient Intake



Jeffrey B. Taylor, D.O.

Kaylee Roberts, FNP-BC ◦ Chaney Young, FNP-C ◦ Carson Scheidler, FNP-C

---

### Información Demográfica

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Seguro Social # \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Sexo: Masculino Femenino Otro (Especifique): \_\_\_\_\_

Idioma preferido: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ Etnicidad: \_\_\_\_\_

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección (línea 2): \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

### Contacto de Emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Teléfono celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Farmacia Preferida

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

---

### Información del Seguro

#### Seguro Primario

Nombre del titular: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Relación con el titular: PROPIO CÓNYUGE HIJO OTRO: \_\_\_\_\_

Seguro: \_\_\_\_\_ Seguro Social # del titular: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Póliza#: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

### Secondary Insurance

Seguro: \_\_\_\_\_ Seguro Social # del titular: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Póliza#: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

---

### Reconocimiento de Políticas

Certifico que he leído y entiendo completamente el Acuerdo de Responsabilidad Financiera, el Consentimiento General para Atención y Tratamiento, el Consentimiento HIPAA, la Política de Resurtido de Medicamentos, la Política de Cancelación y de Inasistencia, y la Política de Telemedicina. Otorgo mi consentimiento de manera plena y voluntaria a cada una de estas políticas.

Firma del paciente o representante autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde del paciente o representante autorizado: \_\_\_\_\_

---

### Actualización del Consentimiento HIPAA

¿Podemos hablar sobre su condición médica con algún miembro de su familia?    Sí    NO

Si respondió Sí, por favor indique los nombres de las personas autorizadas:

\_\_\_\_\_

Firma del paciente o representante autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde del paciente o representante autorizado: \_\_\_\_\_

# Consents



Jeffrey B. Taylor, D.O.

Kaylee Roberts, FNP-BC ◦ Chaney Young, FNP-C ◦ Carson Scheidler, FNP-C

---

### **Acuerdo de Responsabilidad Financiera**

Por favor tenga en cuenta que cobramos la parte estimada de su seguro en cada visita. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Usted es responsable de cualquier saldo pendiente y de los servicios prestados, independientemente de la estimación original de los beneficios del seguro. Es su responsabilidad conocer los beneficios de su póliza de seguro específica. Como cortesía, presentaremos sus reclamaciones a su compañía de seguros. Los pagos del seguro normalmente se reciben dentro de 30 a 45 días. Cualquier saldo pendiente después de 60 días será su responsabilidad y deberá pagarse en ese momento. Todos los deducibles y copagos deben pagarse en el momento del servicio. Se deberá mantener en archivo en nuestra oficina un formulario de reclamación completo o una copia de su tarjeta de seguro. Intentamos responder cualquier pregunta que pueda tener sobre su compañía de seguros; sin embargo, es posible que necesite comunicarse directamente con su aseguradora para obtener información adicional. Si su seguro cambia, es su responsabilidad proporcionar la información actualizada a nuestra oficina. Si su seguro requiere la asignación de un proveedor de atención primaria, es su responsabilidad actualizar esta información con su compañía de seguros.

Tenga en cuenta que la cobertura de cada póliza de seguro es diferente. Los estudios de laboratorio o pruebas diagnósticas ordenadas durante las visitas pueden no estar cubiertos por su seguro. En caso de que el paciente reciba una factura por estos servicios, la responsabilidad recae en el paciente y no en Our Family Doctor.

**Asignación de beneficios:** Por favor lea y firme para que nuestra oficina pueda presentar sus reclamaciones al seguro: Autorizo la divulgación de información y entiendo que soy responsable de todos los costos del tratamiento médico y de los servicios prestados. Por la presente autorizo el pago directo a Our Family Doctor de los beneficios del seguro que de otro modo me corresponderían.

---

### **Consentimiento General Para Atención y Tratamiento**

Usted tiene el derecho, como paciente, de ser informado sobre su condición y sobre el procedimiento quirúrgico, médico o diagnóstico recomendado, de modo que pueda tomar la decisión de aceptar o no cualquier tratamiento o procedimiento sugerido, después de conocer los riesgos y posibles complicaciones involucradas. En este momento de su atención, no se ha recomendado un plan de tratamiento específico. Este formulario de consentimiento tiene como único propósito obtener su autorización para realizar la evaluación necesaria para identificar el tratamiento y/o procedimiento adecuado para cualquier condición identificada.

Este consentimiento nos otorga su permiso para realizar exámenes médicos, pruebas y tratamientos que sean razonables y necesarios. Al firmar a continuación, usted indica que (1) este consentimiento tiene carácter continuo, incluso después de que se haya establecido un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento; y (2) usted autoriza el tratamiento en esta oficina o en cualquier otra oficina afiliada bajo la misma propiedad. Este consentimiento permanecerá vigente hasta que sea revocado por escrito. Usted tiene el derecho de suspender los servicios en cualquier momento.

Usted tiene el derecho de discutir el plan de tratamiento con su médico, incluyendo el propósito, los posibles riesgos y los beneficios de cualquier prueba que se le ordene. Si tiene alguna inquietud con respecto a cualquier prueba o tratamiento recomendado por su proveedor de atención médica, le recomendamos que haga preguntas.

Solicito voluntariamente que un médico y/o proveedor de nivel medio (enfermero practicante, asistente médico o especialista clínico en enfermería), así como otros proveedores de atención médica o sus designados según sea necesario, realicen exámenes médicos, pruebas y tratamientos que sean razonables y necesarios para la condición que me ha llevado a buscar atención en esta clínica. Entiendo que, si se recomiendan pruebas adicionales o procedimientos invasivos o intervencionistas, se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de dichos estudios o procedimientos.

Certifico que he leído y comprendido completamente las declaraciones anteriores y que doy mi consentimiento de manera plena y voluntaria a su contenido.

---

## **Formulario de Consentimiento de Cumplimiento de HIPAA**

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos utilizar o divulgar su información de salud protegida.

El aviso contiene una sección sobre los derechos del paciente que describe sus derechos conforme a la ley. Al firmar este consentimiento, usted reconoce que ha revisado nuestro aviso antes de firmar. Los términos del aviso pueden cambiar; de ser así, se le notificará en su próxima visita para actualizar su firma y fecha.

Usted tiene el derecho de restringir cómo se utiliza y divulga su información de salud protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar dicha restricción; sin embargo, si la aceptamos, cumpliremos con ella. La ley HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996) permite el uso de la información para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Al firmar este formulario, usted autoriza el uso y la divulgación de su información de salud protegida, así como su posible uso anónimo en publicaciones. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito y firmado por usted; sin embargo, dicha revocación no será retroactiva.

Al firmar este formulario, entiendo que:

- La información de salud protegida puede ser divulgada o utilizada para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
- La clínica se reserva el derecho de modificar la política de privacidad conforme a la ley.
- La clínica tiene el derecho de restringir el uso de la información, pero no está obligada a aceptar dichas restricciones.
- El paciente tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, y todas las divulgaciones futuras cesarán.
- La clínica puede condicionar la prestación de servicios a la firma de este consentimiento.

Al firmar este formulario, usted autoriza el contacto por teléfono, correo electrónico o mensaje de texto para confirmar citas y permite que la oficina deje mensajes en su contestador automático en casa o en su teléfono celular.

---

## **Política de Resurtido de Medicamentos**

Our Family Doctor participa en la prescripción electrónica directamente a farmacias locales y de pedido por correo. Nuestro objetivo es ayudar a nuestros pacientes con sus solicitudes de recetas de manera eficiente y oportuna. Debido al volumen de solicitudes de recetas, hemos creado las siguientes pautas para cumplir con estos objetivos.

1. Es responsabilidad del paciente notificar a la clínica de manera oportuna cuando necesite resurtidos. La aprobación de su resurtido puede tardar hasta tres (3) días hábiles, por lo que no espere para llamar. Si utiliza una farmacia de pedido por correo, comuníquese con nosotros catorce (14) días antes de que se le termine su medicamento.

2. Los resurtidos de medicamentos solo se procesarán durante el horario regular de la clínica, de lunes a viernes (recuerde que cerramos al mediodía los jueves). Si se queda sin medicamento fuera del horario laboral, notifíquenos el siguiente día hábil. No se surtirán recetas los sábados, domingos ni días festivos.
3. Los resurtidos requieren supervisión cercana por parte de sus proveedores para garantizar su seguridad y eficacia. Sus proveedores recetarán la cantidad adecuada de resurtidos hasta su próxima cita programada. Generalmente, cuando ya no tiene resurtidos disponibles, es momento de programar una cita de seguimiento. Preferimos que solicite los resurtidos al inicio de su visita.
4. Los pacientes que soliciten nuevos medicamentos o tratamientos para un problema agudo (por ejemplo, antibióticos) deben tener una cita. Esta puede ser por telemedicina o en persona. No se recetan medicamentos por teléfono, ya que generalmente se requiere una evaluación en consulta.
5. Los resurtidos solo se autorizarán para medicamentos recetados por proveedores de nuestra clínica. No surtiremos medicamentos recetados por otros proveedores, a menos que se aprueben durante una consulta.
6. Algunos medicamentos requieren autorización previa. Dependiendo de su seguro, este proceso puede implicar varios pasos tanto por parte de la farmacia como de sus proveedores. Tanto las farmacias como los proveedores están familiarizados con este proceso y lo gestionarán lo más rápido posible. Solo la farmacia será notificada del estado de aprobación. Ni la farmacia ni el proveedor pueden garantizar que su compañía de seguros apruebe el medicamento. Por favor, consulte con su farmacia o con su aseguradora para obtener actualizaciones.
7. Es importante asistir a sus citas programadas para asegurar resurtidos oportunos. Las ausencias repetidas o cancelaciones resultarán en la negación de resurtidos.
8. Si tiene alguna pregunta sobre sus medicamentos, por favor consúltela durante su cita. Si considera que su medicamento necesita ajuste o cambio, comuníquese con nosotros de inmediato.
9. Nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa administrativa si existen múltiples solicitudes de recetas fuera de una consulta.

## **Medicamentos Controlados**

En algún momento de su tratamiento, es posible que el Dr. Jeffrey Taylor o su(s) designado(s) le receten un medicamento controlado.

Según la DEA, una sustancia controlada es "narcóticos, depresores y estimulantes fabricados para uso médico legítimo que están sujetos a abuso y, por lo tanto, han sido sometidos a control legal", y aplica a "todos los profesionales de la salud autorizados para dispensarlos, administrarlos o recetarlos."

Dependiendo del nivel de riesgo del medicamento, la DEA asigna a cada uno una "clasificación" (Schedule). Estas clasificaciones van de I a V, siendo I la más peligrosa y V la menos peligrosa. Según el caso del paciente y la clasificación del medicamento, se requiere que los pacientes sean vistos al menos cada tres meses, aunque en algunos casos puede ser necesario acudir mensualmente. Se realizarán pruebas de detección de drogas en orina de manera trimestral. No cumplir con una prueba de detección de drogas en orina actualizada o con las visitas presenciales requeridas dentro del intervalo establecido resultará en la negación de resurtidos.

Tenga en cuenta que los proveedores de Our Family Doctor utilizan el sitio web del Programa de Monitoreo de Medicamentos Recetados para obtener información sobre el historial de medicamentos controlados recetados.

---

## **Política de Cancelación y de Inasistencia (No Show)**

Entendemos que pueden surgir situaciones en las que deba cancelar su cita. Es necesario que cancele su cita con más de 24 horas de anticipación. Esto permitirá que otro paciente que esté esperando una cita pueda ocupar ese horario. Cuando las cancelaciones se realizan con menos de 24 horas de aviso, no podemos ofrecer ese espacio a otros pacientes.

Los pacientes que no se presenten a su cita sin notificar con al menos 24 horas de anticipación se considerarán como inasistencia (No Show). Los pacientes que lleguen 30 minutos tarde a su cita sin previo aviso también se considerarán como inasistencia y serán atendidos según la disponibilidad. A cualquier paciente que incurra en una inasistencia se le cobrará una tarifa de \$25.00. Las tarifas pendientes por inasistencia deben pagarse en su

totalidad antes de programar futuras citas. Los pacientes que acumulen tres (3) o más inasistencias pueden ser dados de baja de la clínica.

Las tarifas por cancelación e inasistencia son responsabilidad exclusiva del paciente, no de la compañía de seguros, y deben pagarse en su totalidad antes de programar nuevas citas.

Entendemos que pueden existir circunstancias especiales e inevitables que le obliguen a cancelar dentro de las 24 horas. En estos casos, la tarifa puede ser exonerada únicamente con la aprobación de la administración. Our Family Doctor considera que una buena relación médico-paciente se basa en la comprensión y la buena comunicación..

---

## **Política de Telemedicina**

En Our Family Doctor, nos esforzamos por brindar atención médica de alta calidad y con compasión, mientras cumplimos con las directrices de las compañías de seguros. A partir del 1 de febrero de 2024, utilizamos Google Meet, una plataforma compatible con HIPAA, para realizar consultas de telemedicina mediante audio y video.

Google Meet requiere un dispositivo con datos celulares o WiFi, cámara y micrófono. Si utiliza un dispositivo móvil, el paciente debe tener acceso a mensajes de texto o correo electrónico y tener descargada la aplicación Google Meet. Si utiliza una computadora de escritorio o portátil, debe contar con cámara y micrófono (nota: la mayoría de las computadoras de escritorio no los incluyen).

Los proveedores y el personal de Our Family Doctor harán todo lo posible por ayudar a los pacientes a configurar Google Meet antes de la cita; sin embargo, la responsabilidad final recae en el paciente y su familia. Si al momento de la cita el proveedor no logra establecer conexión con el paciente a través de Google Meet, el paciente puede perder su cita y será necesario hacer nuevos arreglos para continuar la atención. Los pacientes que no puedan utilizar Google Meet por cualquier motivo solo podrán realizar visitas en persona.

No todas las pólizas de seguro incluyen cobertura para telemedicina. Nuestro personal de programación hará todo lo posible para asegurar que los pacientes sin cobertura sean programados para visitas presenciales; sin embargo, es responsabilidad del paciente conocer su cobertura. En caso de que el seguro no cubra una consulta de telemedicina, el paciente será responsable de la parte no cubierta de la visita.

Tenga en cuenta que el mismo estándar de atención que se ofrece en una visita en persona se aplicará a todas las consultas de telemedicina.

Si el paciente o el proveedor consideran que la atención se maneja mejor en persona, cualquiera de las partes puede suspender el uso futuro de la telemedicina. La telemedicina puede ser muy útil, conveniente y mejorar el acceso a la atención médica. Esperamos que disfrute esta opción que ofrecemos, a pesar de los requisitos que conlleva.