

IMPORTANTE! Por favor lea con cuidado!

Póliza de oficina de Castellanos Family Practice

Nombre:		SS# / Patient ID:	
Apellido	Nombre	Inicial	
Direccion:		E-mail:	
Calle y numero	Apt #	Tel primario : () -	Home Cell Work
		Tel secundario () -	Home Cell Work
Ciudad	Estado	Zona Postal	
Fecha de Nac: _____	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Menor
Ocupación:	Empleador/escuela:		
Direccion del trabajo/escuela:		Tel trabajo/escuela : () -	
Como supo de nosotros? A quien le agradecemos su referencia?	<input type="checkbox"/> Yelp <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Periodico <input type="checkbox"/> Flyer/tarjeta de presentacion <input type="checkbox"/> Amigo/familiar _____		
	<input type="checkbox"/> PCP / Especialista : _____	<input type="checkbox"/> Otro : _____	
Contacto de emergencia	Relación:	Tel primario : () -	Home Cell Work
		Tel Secundario : () -	Home Cell Work

Por favor lea abajo para estar bien informado de nuestra póliza vigente.

EN NUESTRA PAGINA WEB PUEDE ENCONTRAR TODAS LAS FORMAS DE LA OFICINA O SE LAS PODEMOS DAR SI LAS SOLICITA EN LA RECEPCION.

Horario: Castellanos Family Practice: Lunes – Viernes de 8:00 AM a 5:00 PM.

Covina Urgent Care: Lunes – Viernes de 4:00 PM a 10:30 PM y Sábado – Domingo de 9:00 AM a 5:00 PM.

Citas: Atendemos **SOLO CON CITAS**. Tenemos CITAS EL MISMO DIA sólo para urgencias o malestares repentinos pero **por favor llame antes**. Podremos recibir personas SIN CITA, **pero Ud estará sujeto a copago y/o deducible del servicio de urgencias. (Vea el #1 de la Póliza Financiera para mas detalles!)** Si en nuestra oficina ya estamos llenos, lo referiremos a Covina Urgent Care. Nuestro servicio de urgencias funciona sin citas, y ahí se atienden pacientes como van llegando. (1/2 mile away)

Cancelaciones: Por favor llame 24 hrs antes si ud no puede acudir a su cita. Esto nos ayuda a dar esa cita a otro paciente que la pudiera necesitar. Si su cita no la cancela 24 horas antes, estará sujeto a un cobro por **No Acudir/ Perder su Cita, \$20 / \$40. (Vea el #7 de la Póliza Financiera para mas detalles!)**

Puntualidad: Sabemos que su tiempo es muy valioso, por esa razón tratamos siempre de estar a tiempo. Por favor le pedimos tambien a Ud hacer lo mismo y venir con tiempo suficiente y a tiempo para su cita. Recuerde por favor que estamos manejando tres diferentes horarios y si le llamamos a un paciente que llegó despues de Ud, quizá ese paciente viene con diferente doctor.

Resultados: Si le hicieron a Ud algun examen para diagnostico (labs, rayos-X, ultrasonido, etc.) por favor saque una cita dentro de 7-10 dias para que su doctor le explique los resultados. Los resultados no los damos por telefono, a menos que el doctor lo indique.

Recetas y Re-Surtidos:

- El tiempo para pedir una receta o re-surtido de la misma es **DURANTE** su cita
- Por favor NO espere hasta que se le termine su medicina(s) para solicitar el re-surtido. La solicitud de re-surtido requiere de la aprobación de su doctor y puede tardar hasta tres dias (72 horas).
- Muchas medicinas requieren de monitoreo para ver su eficacia y efectos indeseables potenciales. Requerimos chequeos de 3-4 meses para estas medicinas. Por favor asegúrese de acudir a sus citas o las medicinas NO le serán re-surtidas.

Narcóticos y Medicinas Controladas: Nosotros NO recetamos este tipo de medicinas. Si Ud cree que necesita de estos medicamentos, lo podemos referir a un especialista en el manejo del dolor.

Accidentes de Auto: Si su lesión fue a causa de un accidente asi, no podremos verlo en Castellanos Family Practice. Este tipo de visitas las atendemos sólo en Covina Urgent Care. Por favor pregunte en nuestra oficina para mas detalles.

Worker's Compensation: Si su lesión fue causada en su lugar de empleo/trabajo, no estamos autorizados para tratarlo en Castellanos Family Practice, pero pudieramos tratarlo en Covina Urgent Care. Pregunte a su supervisor en su lugar de empleo.

Reconozco que he leído y tengo acceso a una copia de las pólizas de Castellanos Family Practice,

Firma del Paciente /Persona Responsable

Nombre con letra de molde

Fecha



Nuestra Póliza Financiera

Nuestra poliza financiera nos ayuda a optimizar nuestro trabajo y nos permite enfocarnos en lo mas importante: su salud. Para nosotros es muy importante que Usted entienda nuestra Poliza Financiera.

1. Iniciales _____. El co-pago/deducible/co-insurance (lo que aplique para esta visita) se debe de pagar al momento del servicio de acuerdo con su póliza. Si Ud. viene sin cita y lo podemos ver, le cobraremos el co-pago del Servicio de Urgencia/deducible/co-insurance, lo que aplique a Ud durante esta visita. No aceptamos cheques pero si aceptamos tarjetas de crédito. No aceptamos el “pagar despues” o “mandeme a cobrar.” Gracias por entenderlo.

2. Iniciales _____. Tenemos contratos con varias compañías y aceptamos su plan de beneficios. Al principio le cobraremos un depósito del deducible en lugar del co-pago si su seguro nos dice que el deducible no se ha cumplido. También será responsable de los servicios no cubiertos o pagados por su segura.y de las autorizaciones previas de farmacia (\$ 25 por caso).

3. Iniciales _____. Tenga en mente que su póliza de seguro médico es básicamente un contrato entre Ud. y su compañía de seguros. Si su compañía de seguros no paga dentro de un periodo razonable de tiempo, nosotros le cobraremos a Ud. Si despues recibimos un cheque de su compañía, le reembolsaremos el pago en exceso.

4. Iniciales _____. Si Ud. está asegurado con una compañía con la cual nosotros NO tenemos contrato o con una compañía con la que hayamos tenido problemas de pago y hemos decidido no aceptar, Ud deberá pagarnos la consulta el mismo dia de la visita. Usted se encargará directamente con su compañía en asegurarse que le re-embolsen el dinero que pago por nuestro servicio.

5. Iniciales _____. Todos los cargos vencen al recibir el estado de cuenta de nuestra oficina. Si no hemos recibido el pago dentro de 30 días desde la fecha del estado de cuenta le cargaremos \$10.00 por cargos de cobranza.

6. Iniciales _____. Si no recibimos el pago dentro de 60 días desde la fecha del estado de cuenta, le cargaremos \$35.00 adicionales y enviaremos su cuenta al Servicio de Cobranza (colecciones).

7. Iniciales _____. Si trae formas para que las llene el doctor, le cobraremos de acuerdo a la complejidad de las mismas y al tiempo empleado en llenarlas.

8. Iniciales _____. Por faltar a un examen de rutina de 15 minutos, hay un cargo de \$20 por perder la cita; pero si tiene una cita de 30 minutos para un examen fisico, Papanicolau, Pre-Operatorio, Medicare Wellness o visita Post hospitalaria, el cobro será de \$40. Puede llamar un dia antes (24 hrs) para cancelar o sacar nueva cita y no se le cobrará nada, ademas nos ayuda a llenar espacios vacios en la agenda para quien ocupe citas urgentes el mismo dia. Le llamaremos un dia antes para recordarle su cita, pero es una cortesia de nuestra parte. Si no podemos hablar con Ud o recibe nuestro mensaje de voz muy tarde para cancelar, es su responsabilidad acordarse de sus citas.
Gracias.

He leído y entiendo la póliza financiera y estoy de acuerdo con los términos aquí descritos. Tambien entiendo y estoy de acuerdo que tales términos pueden ser revisados por la clínica a su discreción de vez en cuando.

Firma del paciente (si es un menor, por la persona responsable)

Fecha

Nombre del paciente con letra de molde.

Este documento describe como la información de su salud puede ser usada y difundida y como usted puede tener acceso a esta información.

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE:

Usos y divulgación

Tratamiento. La información de su salud puede ser usada por nuestro personal o divulgada a otros profesionales médicos con el propósito de evaluarle y diagnosticar condiciones médicas y proveerle tratamiento. Por ejemplo, los resultados de laboratorio y otros procedimientos estarán disponibles en sus records médicos para todos los profesionales de la salud involucrados en su tratamiento y que pudieran consultar a nuestro personal.

Pagos. La información de su salud puede ser usada para solicitar pagos de su plan de seguro, o de otras compañías que proveen cobertura tales como el seguro de su auto o de compañías de tarjetas de crédito que usted usa para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede requerir y recibir información de las fechas de las visitas, servicios prestados, y la condición médica a ser tratada.

Cuidado médico. La información de su salud puede ser usada cuando sea necesario para apoyar las actividades cotidianas de Castellanos Family Practice. Por ejemplo, la información de los servicios recibidos pudieran ser usados para presupuestos, reportes financieros, así como actividades para evaluar y promover la calidad.

Aplicación de la Ley. La información de su salud puede ser divulgada a las agencias legales que así lo soliciten para apoyar las auditorías e inspecciones del gobierno, para facilitar las investigaciones de agencias legales, y para cumplir la orden del gobierno en los reportes.

Reportes de Salud Pública. La información de su salud puede ser divulgada a agencias de salud pública. Por ejemplo, nosotros debemos reportar ciertas enfermedades contagiosas al Departamento de Salud Pública.

Para otros usos se requiere de su autorización. Para poder divulgar su información confidencial de salud o su uso para otro propósito no mencionado aquí, se necesita su autorización por escrito. Si usted cambia de parecer después de haber autorizado el uso de su información, puede revocarlo por escrito. Sin embargo, su decisión para revocar su autorización no afectará el uso o divulgación de su información ocurrida antes de que usted nos notificara de su decisión de revocar su autorización.

Usos adicionales de su información médica

Recordatorio de citas. La información sobre su salud puede ser usada por nuestro personal para mandarle recordatorio de citas.

Información sobre tratamientos. La información sobre su salud puede ser usada para enviarle información que pudiera interesarle sobre tratamientos y manejo de su enfermedad. También pudieramos enviarle información sobre otros productos o servicios relacionados con su salud que creemos pudieran interesarle.

Derechos individuales

De acuerdo con la ley federal, usted tiene ciertos derechos. Estos incluyen:

- Solicitar restricciones en el uso y divulgación de su información confidencial de salud
- A recibir comunicación confidencial concerniente a su enfermedad y tratamiento
- A revisar y copiar your información confidencial de salud
- A alterar o hacer correcciones a su información de salud
- A recibir un reporte de como y a quien se le ha divulgado su información confidencial de salud
- A recibir una copia de este aviso

La obligación de Castellanos Family Practice

Estamos obligados por la ley a mantener en privado su información confidencial de salud y a proveerle con una copia de este Aviso sobre la Práctica de privacidad.

Ademas estamos comprometidos a seguir las reglas que a esta póliza rigen para salvaguardar su privacidad en todo momento.

Derecho a revisar las Prácticas sobre la Privacidad

De acuerdo con la ley, nos reservamos el derecho de amendar o modificar nuestra póliza sobre las prácticas sobre la privacidad. Estos cambios en nuestra póliza pudieran deberse a cambios requeridos por las legislaciones federales y estatales.

Si usted lo solicita, le podremos dar el aviso de cambios mas reciente durante cualquiera de sus visitas. Los cambios serán aplicados a toda la información confidencial que poseemos.

Solicitud para revisar la Información Confidencial sobre su salud

Normalmente usted puede revisar o copiar su información confidencial que guardamos. De acuerdo a las regulaciones federales, se requiere que la solicitud para revisar o copiar dicha información sea por escrito. Puede obtener una forma para solicitar revisar o copiar sus records con nuestro Custodio. Su petición será revisada y generalmente aprobada a menos que existan razones legales o médicas para negarle el acceso.

Preguntas y Preocupaciones

Si usted desea enviarnos un comentario o queja acerca de nuestras polizas de privacidad, puede hacerlo al escribirnos una carta con su comentario o queja bien descrito a:

Darío Castellanos, Gerente de la Clínica
Castellanos Family Practice
234 E. Badillo St.
Covina, CA 91723
(626) 859 - 3297

Si usted cree que su privacidad ha sido violada, por favor háganoslo saber por escrito mandando una carta describiendo su preocupación a la dirección de arriba. Usted no será castigado ni discriminado por el sólo hecho de mandar una queja.

Fecha efectiva

Este aviso es efectivo a partir de **Enero 1, 2012**

**Constancia de haber recibido
El Aviso sobre las Prácticas de Privacidad**

Castellanos Family Practice se reserva el derecho de modificar la póliza de privacidad descrita en este aviso.

Firma

He leído el Aviso sobre las Prácticas de Privacidad de Castellanos Family Practice, y entiendo que puedo solicitar una copia de la misma.

Nombre del paciente

Firma del paciente

Fecha

**Firma del representante o guardian
(En caso de que el paciente sea menor de edad o un adulto incapacitado para firmar.)**

Relación con el paciente

NEW PATIENT HEALTH HISTORY

Nombre	Fecha de Hoy
Fecha de Nacimiento	Fecha de ultimo examen físico
Edad	Fecha de últimos exámenes de sangre
Tiene algún condición medica crónica?	SI o NO Si contesto si, indica cuales en el espacio abajo
Ha Tenido alguna cirugía?	SI o NO Si contesto si, indica el tipo y cuando en el espacio abajo
Usted tiene historia de cáncer?	Si o NO Si contesto si, indica el tipo en el espacio abajo
He estado hospitalizado por algo?	SI o No Si contesto si, indica la razón y cuando en el espacio abajo
Tomas medicamentos diario?	SI o NO Si contesto si, indica cuales y los miligramos en el espacio abajo
Toma vitaminas?	SI o NO Si contesto si, indica cuales en el espacio abajo
OBLIGATORIOSeleccione Una Farmacia Para Poner En Su Expedienté**OBLIGATORIO**	
Nombre:	
Teléfono:	
Dirección:	
Tiene alguna alergia a medicamentos? SI o NO Si contesto si, cual medicina y cual reacción?	
Alguien con historia de diabetes el la familia? SI o NO Si contesto si, quien?	
Alguien con historia de cáncer el la familia? SI o NO Si contesto si, quien y cual tipo?	
Alguien con historia de la presión alta en la familia? SI o NO Si contesto si, quien?	
Algunas otras enfermedades en la familia? SI o NO Si contesto si, que enfermedad?	
Estas casado/a? SI NO DIVORCIADO/A	
Tienes hijos? SI o NO Si contesto si, cuantos hijos tienes?	
Trabajas? SI o NO Si contesto si, en que trabajas?	
Fuma? SI NO ANTERIOR	
Tomas bebidas alcohólicas? SI NO ANTERIOR	
Consume drogas? SI NO ANTERIOR	
Tomas bebidas con cafeína? SI o NO Si contesto si, cual tipo de bebida y cuantas tazas diarias?	