



P R A X I S
MEDICAL GROUP

Fecha de hoy: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Identidad de género: _____ Orientación Sexual: _____

Primer Nombre: _____ MI: _____ Apellido: _____ No. SS: _____

Estado Civil: S _____ C _____ D _____ V _____ Dirección de Correo Electrónico: _____

Raza: _____ Etnicidad (Encierre en un Círculo): Hispano/No Hispano. Idioma Principal: _____

Dirección de Calle: _____ Dirección de Correo Postal (Si es diferente): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de habitación: _____ Teléfono Móvil: _____

Teléfono del trabajo: _____ Empleador/Ocupación: _____

Contacto de Emergencia: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

RESPONSABILIDAD DE LA CUENTA (Si es diferente a la anterior)

¿Quién es responsable de esta cuenta? _____ Parentesco con el Paciente: _____

Dirección de Correo Postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Teléfono Celular: _____ Teléfono de Habitación: _____ Fecha de Nacimiento: _____ No. SS: _____

SEGURO MÉDICO

Nombre de Compañía de Seguro Primario: _____

Nombre del Suscriptor: _____ Grupo # _____

ID de Miembro: _____ Fecha de Nacimiento del Suscriptor: _____

Nombre de Compañía de Seguro Secundario: _____

Nombre del Suscriptor: _____ No. de Grupo _____ ID de Miembro: _____

Fecha de Nacimiento del Suscriptor: _____ ID de MEDICARE (Si está en MEDICARE): _____

POLÍTICA DE PAGO EN EFECTIVO

Los pacientes sin seguro médico deberán pagar \$150.00 al momento del servicio para ser atendidos por un proveedor de atención primaria, y \$175.00 al momento del servicio para ser atendidos por un especialista o para someterse a una imagenología. Tenga en cuenta que su saldo puede ser superior a los importes indicados anteriormente, y se determinará en función de los servicios reales prestados durante su visita al consultorio. Cualquier paciente sin seguro médico que esté pagando en efectivo por una visita al consultorio recibirá un 20% de descuento de su saldo final.

La firma a continuación declara que ha leído y entiende la política de pago en efectivo descrita.

Firma del paciente/Tutor: _____

FACTURACIÓN CLÍNICA Y EXPECTATIVAS

Por favor, firme a continuación para indicar que ha leído y comprende lo siguiente:

1. **La responsabilidad del pago de su cuenta permanece en usted en todo momento;** y aunque pueda tener un reclamo de seguro pendiente, le pediremos que pague independientemente de las circunstancias en que se encuentre. Póngase en contacto con nosotros de inmediato si existe un problema con su reclamo o si su reclamo está relacionado con OREGON WORKERS COMP, VEHÍCULOS, O LA RESPONSABILIDAD DE UN PAGADOR DE TERCEROS.
2. Los copagos y otros montos estimados de desembolso deben ser cobrados al momento del servicio.
3. Recibirá un comunicado mensual indicando los cargos detallados y el monto total adeudado en su cuenta. Debe realizar el pago completo dentro de los 30 días de la fecha del comunicado, a menos que se hagan los arreglos con nuestra oficina de facturación.
4. Si necesita configurar un plan de pago, nuestro número de teléfono de facturación Praxis Main es (877) 708-1119. Para la facturación de Oak Street Medical, llame al (844) 379-9930 y, para la facturación de Pendleton Family Medicine, llame al (844) 379-9931.
5. Se le cobrará un recargo de \$45.00 a su cuenta si no cancela su cita con 24 horas de anticipación. Después de tres ausencias en sus citas, usted estará sujeto a la aprobación de Praxis Medical Group.
6. Tendrá un recargo de \$35.00 por todos los cheques devueltos y por los pagos no concretados.
7. No se otorgará crédito a pacientes que tengan una cuenta en mora, ni a pacientes que hayan sido remitidos a una agencia de cobros. Si su cuenta ha sido remitida a una agencia de cobros dos veces, se le dará de alta de Praxis Medical Group.
8. Si llega más de siete minutos tarde a una cita, se le puede pedir que re programe.
9. Praxis Medical Group requiere 2 días hábiles para responder a todas las solicitudes de reabastecimiento de medicamentos. Los medicamentos no se volverán a reabastecer fuera del horario de la clínica. Comuníquese con su farmacia para iniciar solicitudes de renovación.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Al firmar a continuación, solicito a Praxis Medical Group que brinde tratamiento y consultas relacionadas con la atención médica al paciente que figura a continuación, y que puedo rechazar el tratamiento o los servicios en cualquier momento. Entiendo que Praxis Medical Group no garantiza ningún resultado para ningún servicio o tratamiento, ni explícito ni implícito.

Padres de Menores de Edad: Entiendo que los pacientes a partir de los 15 años de edad pueden consentir a tratamientos médicos sin el consentimiento de sus padres (ORS 109.640)

Nombre del Paciente (en letra de molde): _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma (Paciente/Tutor): _____ Fecha: _____

Confirmación de Recibido de Política de Privacidad

Mi información de salud se puede crear o revisar por Praxis Medical Group y puede estar en forma de registros físicos o electrónicos, o de manera oral. Mis registros médicos pueden incluir información sobre mi historial de salud, estado de salud, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, recetas médicas y tipos similares de información relacionada con la salud.

Comprendo que tengo el derecho de recibir y revisar una descripción por escrito de cómo Praxis Medical Group manejará mi información de salud. Esta descripción por escrito se conoce como un **Aviso de Prácticas de la Privacidad**. Este aviso describe los usos y las divulgaciones hechas de información de salud y las prácticas de información seguidas por los empleados, personal y otro personal corporativo de Praxis Medical Group y mi derecho con respecto a la información de salud. Puedo obtener una copia del **Aviso de Prácticas de la Privacidad** en la recepción o visualizarla en el sitio Web clínico.

Comprendo que el **Aviso de Prácticas de la Privacidad** se puede revisar de vez en cuando, y que tengo derecho a recibir una copia de cualquier **Aviso de Prácticas de la Privacidad** revisado. También, comprendo que una copia o resumen de la versión más actual del **Aviso de Prácticas de la Privacidad** de Praxis Medical Group de hecho se publicará en el área de recepción/espera y en el sitio Web clínico.

Al firmar, estoy de acuerdo en que he revisado y comprendido la información mencionada y que tengo derecho a recibir una copia del Aviso de Prácticas de la Privacidad de Praxis Medical Group. Las copias del Aviso de Prácticas de la Privacidad están disponibles en recepción.

Comunicación Confidencial con el Paciente

La Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA) le da a usted el derecho de solicitar que le comuniquemos la información médica y/o financiera de forma confidencial por un método particular o ciertas ubicaciones. Para proteger la privacidad y confidencialidad de su información, por favor llene lo siguiente.

Otorgo permiso a Praxis Medical Group para dejar mensajes con respecto: ___ Citas ___ Información de facturación

___ Información médica limitada, tal como: resultados normales (resultados anormales e información sensible nunca se dejará en mensaje de voz), recomendaciones genéricas, información de medicación o actividad de seguimiento o actualizaciones en cualquiera de los siguientes números telefónicos descritos en el formato de información del paciente:

Casa Teléfono celular Trabajo

Y/o con las siguientes persona(s):

Nombre: _____ Parentesco: _____ Número de teléfono: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____ Número de teléfono: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____ Número de teléfono: _____

Esta liberación se revocará solamente con una autorización por escrito. Comprendo que debo enviar una solicitud por escrito a Praxis Medical Group para revocar esta solicitud. Cuando se usen servicios de traducción, usted proporciona un consentimiento expreso que se puede hacer usando un dispositivo móvil inalámbrico. **Padres/Tutores Legales de Pacientes Menores: este consentimiento vencerá en el cumpleaños 18 del paciente.**

Consentimiento para Uso en Correo Electrónico o Texto para Recordatorios de Citas y otros Comunicados para el Cuidado de la Salud: Se puede contactar a los pacientes en nuestra práctica por medio de correo electrónico y/o mensajes de texto para recordarles su cita. Para obtener una retroalimentación sobre su experiencia con nuestro personal de salud, y proporcionar información/recordatorios de salud en general. Si en cualquier momento, yo proporciono un correo electrónico o dirección de texto al cual me puedan contactar, doy mi consentimiento para recibir recordatorios de cita y otra información/comunicados para el cuidado de la salud en dicho correo electrónico o dirección de texto de la Práctica.

Nombre del Paciente (Por Favor Imprima): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma (Paciente/Tutor): _____ Fecha: _____

FORMULARIO DE LA ADMINISTRACIÓN DE BENEFICIOS (PBM) FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Los datos de los Beneficios Formularios se conservan para los proveedores de seguros médicos por medio de organizaciones conocidas como Administradores de Beneficios de Farmacia (PBM por sus siglas en inglés). Los PBM son administradores externos de programas de medicamentos recetados cuyas responsabilidades principales se basan en el proceso y pago de solicitudes de medicamentos recetados. También desarrollan y mantienen formularios, que son listas de medicamentos prescindibles cubiertos por un plan de beneficios de medicamentos en particular.

Es posible que necesitemos acceso a sus datos, tal como los mantiene el PBM, para saber qué medicamentos le han sido recetados en el pasado y qué medicamentos están cubiertos por su plan de seguro.

Al firmar este formulario autorizo a Praxis Medical Group para que acceda electrónicamente a mis datos de beneficios de farmacia a través de RxHub. Este consentimiento permitirá a Praxis Medical Group:

- Determinar los beneficios farmacéuticos y los copagos de medicamentos para el plan de salud de un paciente
- Comprobar si un medicamento recetado está cubierto (en el formulario) según el plan del paciente
- Mostrar alternativas terapéuticas con rango de preferencia (si está disponible) dentro de una clase de medicinas para medicamentos no incluidos en el formulario
- Determinar si el plan de salud de un paciente permite la prescripción electrónica a las Farmacias de Pedidos por Correo y, de ser así, recetar electrónicamente a estas farmacias.
- Descargar una lista de historias de todos los medicamentos recetados para un paciente por cualquier proveedor.

En resumen, solicitamos su permiso para obtener información del formulario y sobre otras recetas de otros proveedores que usen RxHub. Este consentimiento estará vigente hasta que sea revocado por escrito. Doy permiso para el consentimiento de Rx History: (sí/no) _

Acuerdo Financiero de los Servicios de Administración de Cuidados

Con la transformación de la atención médica en todo el país, se establecieron nuevas directrices de facturación del gobierno en 2015 para los servicios identificados como "Administración de Cuidados". Estos servicios no son cara a cara e incluyen, pero no se limitan a: seguimientos para las visitas a la sala de emergencias, hospitalizaciones para pacientes recluidos, así como la coordinación de la atención para enfermedades crónicas en curso. Ejemplos: Diabetes, Hipertensión.

Estos servicios son suministrados por múltiples medios que incluyen, pero no se limitan a: contacto telefónico y/o por correo electrónico, contacto directo con el cliente o su contacto de salud designado, otros profesionales de la salud, así como informes verbales y escritos.

Estos servicios son facturables a su plan de seguro; su procesamiento de pagos dependerá de la cobertura de su plan individual. Al firmar a continuación, acepta permitirnos brindarle estos servicios.

Doy permiso para los servicios de administración de cuidados: (sí/no) _____

Al firmar a continuación, usted declara haber leído y entendido las declaraciones anteriores sobre el Consentimiento de PBM y el Acuerdo Financiero de los Servicios de Administración de Cuidados.

Nombre del Paciente (en letra de molde): _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma (Paciente/Tutor): _____ Fecha: _____