

Primary Care Associates of Hagerstown, LLC

Where communication and Quality Count

354 Mill Street

Hagerstown, MD 21740

(301)797-0210

Informacion Importante sobre su primera visita inicial

Esperamos que esta informacion le ayude a contestar preguntas que pueda tener sobre su cita. Por favor sientase libre de contactarnos si tiene alguna pregunta que no fue establecida en esta carta.

Seguranza

El Seguro que usted tenga es un “contrato” entre usted y su compania de seguro medico. Nuestra compania de cobros sometera los cargos a su seguro medico, pero nosotros no temenos forma de saber como o cuanto su seguro medico pueda cubrirle. Si su plan requiere que el nombre de su doctor primario este en su tarjeta de seguro medico; usted es responsable de actualizar esos cambios y llamar ala oficina con anticipacion antes de ser visto por su doctor. Usted necesitara un numero de referencia o su tarjeta nueva ala hora de su cita o pueda que tengamos que cambiar su cita. Pagos son esperados ala hora de su cita almenos que hablamos de algunos arreglos.

Usted debe traer su tarjeta de seguro medico a cada cita que usted tenga. Tomamos la majoria de seguranzas, pero es su responsibilidad verificar que nosotros aceptemos su seguro medico antes de su visita. Si nosotros no tomamos su Seguro medico usted es responsable de pagar por su visita ala hora del servicio y luego usted puede intentar enviar el cobro a su compania de segro para un posible reembolso.

Porfavor de llegar a su cita 20-30 minutos antes de su cita programada, asi en ese tiempo podremos revisar su seguro medico y verificar su identidad. Porfavor de traer todos sus medicamentos, suplementos, gotas para los ojos conjunto formularios completados de sus otras visitas medicas. En adicional, porfavor traiga una copia del formulario Maryland MOLST, Testamento de Vida, Poder Notarial duradero para atencion medica si es aplicable.

Gracias!

Christine Feathers, CRNP

Ever Ponciano, MD

Teresa Dumpe, CRNP

Primary Care Associates of Hagerstown, LLC

Where communication and Quality Count

354 Mill Street

Hagerstown, MD 21740

(301)797-0210

Cancelaciones y citas perdidas

Un cargo sera agregado por cualquier cita perdida almenos que haigamos recibido un aviso con mas de 24 horas antes de su cita previa. Nosotros temenos una politica de no presentarse; si usted tiene mas de 3 citas perdidas entre un ano, usted sera despedido de nuestra practica. En Nuestra Practica temenos un periodo de 5 minutos de espera, si usted viene 5 minutos despues de su cita programada, sera cancellada incluyendo el cobro de 37.00 y tendra que reprogramar otra.

Cambio de direccion, telefono, seguro medico

Es su responsabilidad reportar cualquier cambio de direccion, seguridad, numeros de telefonos, etc al personal de la oficina.

Co-Pagos

Todos los co-pagos son esperados ala hora de su servicio almenos que hubo un arreglo de antemano.

Tarjetas de Seguridad

Pacientes nuevos no podran ser vistos sin su tarjeta de Seguro, al menos que usted este pagando por el servicio. Todo paciente debe presentar su seguro vijente en cada visita.

Denegaciones de Seguros

Ciertas seguranzas no cubren serivicos preventinos o pruebas de diagnóstico realizadas con fines de detección. Es la responsabilidad de cada paciente preguntar de su cobertura con su seguro. Por favor recuerde que todo contrato es entre usted y su compañía de seguro. Un diagnostico no se puede cambiar retroactivamente.

Cartas/Formularios

Hay un cargo por completer cualquier forma o carta. Por favor espere almenos 5 dias de trabajo para que sea completado.

Cargos de oficina y Examinaciones Anuales de Bienestar

Los cargos de su visita son basados en la complejidad de su evaluación médica y tiempo consumido por el doctor. Si tiene un problema médico durante su examen de Bienestar, puede haber un cargo separado y adicional a su seguro médico, por el manejo del problema médico, o pueda ser requerido hacer una cita programada aparte para hablar sobre el problema médico.

ID con fotografía es requerida (regulaciones federales)

Para identificar robo, una copia de la identificación con foto debe estar en cada historial del paciente y actualizado anualmente.

Cobros/Consultas de pago de seguro

Nosotros usamos STI en Hagerstown como nuestra compañía de cobros. Si tiene alguna pregunta basado a los cobros por favor contactelos a ellos directamente al 1-877-698-1700 extensión 109.

Consejos de Salud después de horas

Uno de nuestros doctores siempre estará disponible para responder preguntas después de horas; puede haber un cargo si usa este servicio. Esto no debe de ser usado para rellenar prescripciones. También si es una EMERGENCIA NO LLAME este servicio- busque atención médica de inmediata al hospital más cercano o al 911.

Chequeos de Presión Arterial

Si es necesario hacer una revisión de la presión arterial por un personal de la oficina, nosotros enviaremos un cobro a su seguro médico por esta visita.

Asistencia de Medicaciones/Muestras

Nosotros tenemos un inventario limitado de medicamentos nuevos and pueden ser dados como muestra. Eso solamente es para ser usado como muestra y no como su prescripción actual. Si necesita asistencia en comprar su medicamento; hay programas de asistencia si cumple con ciertos criterios. Banco Médico del Oeste de Maryland 301-393-3441 o 301-393-3443 o Clínica Gratis de la comunidad 301-733-9234.

Recarga de Medicamentos

No aceptamos solicitudes enviadas de recargas enviadas por fax. Usted debe llamar la oficina 301-797-0210 extensión 4 para solicitar recargas. La línea de recargas es revisada diariamente al día; pero de igual manera debe dar la oficina 48-72 horas de aviso. Todas las sustancias controladas puede tardar hasta 5 días de trabajo.

Prescripciones de Sustancias Controladas

A todo paciente se le pedira que firme un acuerdo de substancias controlladas; esto cubrira dado caso si le dan una prescripcion de substancia controlladas de esta oficina. Detalles adicionales estaran en el acuerdo.

Pacientes Diabeticos

Por favor de traer listado de azucar en la sangre a todas sus citas, se le pedira que se remueva sus medias para todas las visitias, y nececitara visitar un professional del cuidado de ojos annualmente para una

examinacion del ojo diabetic. Nesecitaremos una copia de los examenes para nuestro registro del paciente.

Visitas de Bien Estar de Medicare

Medicare ah determinado que es importante ayudar a cada paciente para reducir el riesgo de caidas y complicaciones de salud pidiendole a los proveedores de cuidados primarios conducir este examen annualmente. No hay un examen fisico, esto no repone su visita regular para sus asuntos medicos. Se debe programar una cita aparte. No hay cargo para esta visita; esto es cobrado directamente a Medicare.

Referencias de Seguros a otros profesionales medicos

La oficina requiere minimo de 5 dias de trabajo para completar cualquier referencia necesitada por su seguro.

Resultados De Examens

Los resultados de sus examenes pueden variar; si usted no recibe una llamada de nuestra oficina entre 2 semanas, porfavor llame ala oficina para escuchar el estado de sus resultados. Todos los resultados, excepto los mammogramas normales, seran llamadas o enviado por correo electronico al paciente.

Horarios de los Telefonos

Lunes- Viernes

8:00 a.m. a 12:00 p.m.

1:30 p.m. a 4:00 p.m.

La oficina esta abierta de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

Fecha: _____

Informacion Del Paciente

Nombre de Paciente: Primero _____ S _____ Apellido/s _____ -

SS# _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: __M__ F__

Other _____

Estatus Marital __Soltero__ Casado __ Divorciado__ Viudo__ Separado__ Pareja de Vida

Padres/Guardian Legal si paciente es menor Nombre: _____ Fecha De
Nacimiento _____

Raza: __ Blanco __ Negro Africano Americano __ Asiatico __ Indio Americano/Nativa de Alaska __ Nativo de
Hawaii/Islas del Pacifico __ Rechaza

Etnia: __ No Hispano/Latino __ Hispano/Latino __ Rechaza

Lenguaje preferido __ Ingles __ Espanol __ Otro _____

Dirreccion: _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo
Postal _____

Telefonos:

Casa/Cellular _____ Trabajo _____ CorreoElectronico: _____

—

Mejor Forma de Contacto: ____ Casa ____ Cell ____ Trabajo ____ Correo Electronico ____ Correo

Estatus de Trabajo: __ TiempoCompleto

__ MedioTiempo __ Despleado __ Estudiante __ Discapacitado __ Retirado

Nombre de Empleador/Escuela: _____

Partido Financieramente Responsable

__ Igual al paciente (Si es diferente porfavor complete esta seccion)

Nombre: Primero _____ S _____ Apellido _____ Relacion al paciente:

__ Esposo __ Padres __ Guardian/Tutor __ Otro: _____

Dirreccion: _____ Ciudad _____ Estado _____ Post
al _____

Phone: Casa _____

Cellular _____ Trabajo _____

Correo

Electronico: _____

—

Empleador: _____

Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Relacion al

Paciente: _____

Telefono:Casa _____ Telefono _____ Trabajo _____

Yo consiento al tratamiento necesario para al paciente nombrado arriba.

Yo autorizo liberar todo registros medicos a referencias de medicos y a su compania de seguro, si applicable.

Yo permito la transmision por fax de mis registros medicos, si es necesario.

Yo permito la transmision de correo electronicos de mis registros medicos, si es necesario.

Yo reconozco que soy financieramente responsable en su totalidad por servicios rendidos y con cuerdo con los pagos del servicio al seguro si no son pagados entre 120 dias.

Yo entiendo que todo el servicio es cobrado ala hora del servicio al menos que hubieron arreglos antes de la cita.

Yo con-cuerdo pagar todo cargos de abogados y el costo de colleccion en caso de pago de mis cargos. Yo autorize que cualquier pedido hacia mi seguro sea echo en pagos directo a Primary Care Associates of Hagerstown,deberian de elijirnos para recibir pago.

Este acuerdo seguira en efecto mientras el paciente este bajo nuestra oficina de tratamiento medico.

Yo eh leido este acuerdo y entiendo perfectamente que el nombrado arriba esta dando consentimiento de tratamiento, es responsable financieramente, y libera informacion medica, y autorizacion de seguro medico.

FRIMA: _____

Fecha: _____

Historial de Vacunas		Alergias de Drogas/Comida	
Fecha:	Tetanus/Difteria/Refuerzo contra la tos ferina	Nombre de Comida o Droga	Reaccion:
Fecha:	<input type="checkbox"/> Neumovax/Pneumovax 23 <input type="checkbox"/> Prevenir/Prevnar 13	1.	
Fecha:	Serie de Hepatitis B	2.	
Fecha:	Serie de Hepatitis A	3.	
Fecha:	Ultima Vacuna del Flu	4.	
Fecha:	<input type="checkbox"/> Shingrix <input type="checkbox"/> Zostavax	5.	
Fecha:	Vacuna de COVID:Nombre_____	Alergia al Latex: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

Historia Social

Uso de Tabacco <input type="checkbox"/> NO	Cuantos a Diario? <input type="checkbox"/> 1/2 paquete <input type="checkbox"/> 1 paquete _____ Otro _____	Cuantos anos? _____ Ex Fumador _____	Cigarro <input type="checkbox"/> Sin Humo <input type="checkbox"/> Vapear <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Puros <input type="checkbox"/>
Uso de Alcohol <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Ocacional	<input type="checkbox"/> Ex Bebedor _____ Cuantas Bebidas _____	<input type="checkbox"/> Cerveza <input type="checkbox"/> Vino <input type="checkbox"/> Liqor
Cada cuando hace ejercicios aerobicos?		<input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mes	
Uso de Droga? <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Marijuana <input type="checkbox"/> Drogas Intervenosas	<input type="checkbox"/> Abuso de prescripcion <input type="checkbox"/> Otro _____	

**RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL PACIENTE DE NOTIFICACION DE
CONSENTIMIENTO Y PRACTICAS DE PRIVACIDAD Y FORMULARIO
DE AUTORIZACION Y FORMULARIO DE LIBERACION**

La/El Firmante abajo reconoce la revision de una copia del aviso de practicas de privacidad vigente actualmente para este centro de atencion medica. Una copia de este document firmado y con fecha tendra la misma validez que el original.

Fecha: _____

Nombre Del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Firma: _____

**POR FAVOR ENLISTAR CUALQUIER PERSONA O PARTES QUE PUEDEN TENER
ACCESO A SU INFORMACION MEDICA.**

Nombre: _____ Relacion/Number de Telefono: _____

Nombre: _____ Relacion/Number de Telefono: _____

YO AUTORIZO INFORMACION DE MI SALUD SEA LLEVADA AMI VIA:

_____ Celular

_____ Mensajes con Familiares

_____ Telefono de Casa

_____ Mensajes de voz en maquina

_____ Trabajo

_____ Todo lo listado

CON FIRMAR ESTE FORMULARIO ACCEDE AL CONOCIMIENTO DE HIPAA, USTED RECONOCE Y AUTORIZA QUE ESTA OFICINA PUEDE RECOMENDAR PRODUCTOS O SERVICIOS PARA PROMOCIONAR SU MEJORIA EN SALUD. LA OFICINA PUEDA O NO PUEDA RECIBIR REMUNERACION DE TERCEROS DE ESTAS EMPRESAS AFILIADAS. NOSOTROS, BAJO LA REGLA ACTUAL DE HIPPA OMNIBUS LE PROPORCIONAMOS ESTA INFORMACION CON SU CONSENTIMIENTO Y CONOCIMIENTO.