

Primary Care Associates of Hagerstown, LLC
Where communication and Quality Count 354 Mill Street
Hagerstown, MD 21740
(301)797-0210

Información Importante sobre su primera visita inicial

Esperamos que esta información le ayude a contestar preguntas que pueda tener sobre su cita. Por favor siéntase 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 compañía de seguro médico. Nuestra compañía de cobros somete los cargos a su seguro médico, pero nosotros no tenemos forma de saber cómo o cuánto su seguro médico puede subirle. Si su plan requiere que el nombre de su doctor primario esté en su tarjeta de seguro médico; usted es responsable de actualizar esos cambios y llamar a la oficina con anticipación antes de ser visto por su doctor. Usted necesitará un número de referencia o su tarjeta nueva a la hora de su cita o puede que tengamos que cambiar su cita. Pagos son esperados a la hora de su cita, al menos que hablamos de algunos arreglos.

Usted debe traer su tarjeta de seguro médico a cada cita que usted tenga. Tomamos la mayoría de aseguranzas, pero es su responsabilidad verificar que nosotros aceptemos su seguro médico antes de su visita. Si nosotros no tomamos su seguro médico usted es responsable de pagar por su visita a la hora del servicio y luego usted puede intentar enviar el cobro a su compañía de seguro para un posible reembolso.

Por Favor de llegar a su cita 20-30 minutos antes de su cita programada, así en ese tiempo podremos revisar su seguro médico y verificar su identidad. Por Favor de traer todos sus medicamentos, suplementos, gotas para los ojos, conjunto formularios completados de sus otras visitas médicas. En adicional, por favor traiga una copia del formulario Maryland MOLST, Testamento de Vida, Poder Notarial duradero para atención médica si es aplicable.

Gracias!

Ever Ponciano, MD
Christine Feathers, CRNP
Kimberly Longo, CRNP
Kristin Black, 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 será agregado por cualquier cita perdida al menos que hayamos recibido un aviso con más de 24 horas antes de su cita previa. Nosotros tenemos una política de no presentarse; si usted tiene más de 3 citas perdidas entre un año, usted será despedido de nuestra práctica. En Nuestra Práctica tenemos un periodo de 5 minutos de espera, si usted viene 5 minutos después de su cita programada, será cancelada incluyendo el cobro de 37.00 y tendrá que reprogramar otra. Cambio de dirección, teléfono, seguro médico es su responsabilidad reportar cualquier cambio de dirección, seguro, números de teléfonos, etc al personal de la oficina.

Co-Pagos

Todos los co-pagos son esperados a la hora de su servicio a menos que haya un arreglo de antemano. Los pacientes nuevos no podrán ser vistos sin su tarjeta de seguro, al menos que usted esté pagando por el servicio. Todo paciente debe presentar su seguro vigente en cada visita. Denegaciones de Seguros Ciertas aseguranzas no cubren servicios preventivos o pruebas de diagnóstico realizadas con fines de detección. Es 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 diagnóstico no se puede cambiar retroactivamente.

Cartas/Formularios

Hay un cargo por completar cualquier forma o carta. Por favor espere al menos 5 días 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 el tiempo consumido por el doctor. Si tiene un problema médico durante su examinación 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

Cualquier pregunta sobre cobros, por favor contacte la oficina al 301-797-0210 extensión 3. También se puede hacer pagos en línea al www.pcaofhagerstown.com o al <https://pay.balancecollect.com/m/pcaofht>

Consejos de Salud Después de horas de oficina

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 inmediato 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 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 Medico del Oeste de Maryland 301-393-3441 o 301-393-3443 o Clínica Gratis de la comunidad 301-733-9234 son servicios que pudiera usar.

Recarga de Medicamentos

No aceptamos solicitudes enviadas de recargas enviadas por fax. Usted debe llamar a la oficina 301-797-0210 opción 2 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 pueden tardar hasta 5 días de trabajo.

Prescripciones de Sustancias Controladas

A todo paciente se le pedirá que firme un acuerdo de sustancias controladas; esto cubrirá dado caso si le dan una prescripción de sustancia controladas de esta oficina. Detalles adicionales estarán en el acuerdo. Pacientes Diabéticos por favor de traer listado sus muestras de sus niveles de la glucosa a todas sus citas, se le pedirá que se remueva sus medias para todas las visitas, y necesitará visitar un profesional del cuidado de ojos anualmente para una examinación del ojo diabetico. Necesitaremos una copia de los exámenes para nuestro registro del paciente.

Visitas de Bienestar de Medicare

Medicare ha determinado que es importante ayudar a cada paciente para reducir el riesgo de caídas y complicaciones de salud pidiéndole a los proveedores de cuidados primarios conducta este examen anualmente. No hay un examen físico, esto no repone su visita regular para sus asuntos médicos. Se debe programar una cita aparte. No hay cargo para esta visita; esto es cobrado directamente a Medicare.

Referencias de Seguros a otros profesionales médicos.

La oficina requiere mínimo de 5 días de trabajo para completar cualquier referencia necesitada por su seguro.

Resultados De Exámenes

Los resultados de sus exámenes pueden variar; si usted no recibe una llamada de nuestra oficina entre 2 semanas, por favor llame a la oficina para escuchar el estado de sus resultados. Todos los resultados, excepto los mamogramas normales, serán llamados o enviados por correo electrónico al paciente.

Horarios de los Teléfonos Regulares

Lunes- Viernes

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

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

La oficina está 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 ___ Desmpleado ___ 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 authorize 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"/> Ocasional	<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"/> <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 _____	

Nombre: _____

Fecha: _____

Cuestionario de Salud al Paciente-9 (PHQ-9):

Sobre las <u>últimas dos semanas</u> , que seguido se siente molesto con uno de los siguientes problemas? (Use un (✓) para indicar su respuesta)	Para Nada	Varios Dias	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. ¿Poco interés o placer en hacer cosas?				
2. Sintiéndose decaído/a, deprimido/a, o sin esperanzas?				
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido/a, o ha dormido demasiado?				
4. Se ha sentido cansado/a o con poca energía?				
5. Sin apetito o ha comido en exceso?				
6. Se ha sentido mal con usted mismo/a o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo/a o con su familia?				
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión?				
8. Se ha movido o hablado tan lento que otras personas lo han notado? O lo contrario- muy inquieto/o agitado/a que ha estado moviéndose mucho más de lo normal				
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto/a de lastimarse de alguna manera.				

Ansiedad: (GAD-7):

En las <u>últimas dos semanas</u> , ¿qué tan molesto ha estado con estos problemas?	Para Nada	Varios Dias	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Sintiéndose nervioso/a, ansioso/a, o al borde				
2. Sin poder controlar la preocupación				
3. Preocupándose mucho por cosas diferentes				
4. Problema relajándose?				
5. Estado tan inquieto/a que es tan difícil quedarse quieto				
6. ¿Se vuelve fácilmente molesta o irritable?				
7. Sintiéndose asustado, como si algo malo pasaría?				

**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.