

## EASTSIDE CLINIC & WELLNESS CENTER, PLLC FORMA DE REGISTRACION

Fecha: \_\_\_\_\_ Doctor Primario: GRACIELA LEIJA, MD

### INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido del Paciente: \_\_\_\_\_ Nombre de Pila: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_  Sr.  Srita  Sra.  Otro Estado Civil (circule uno)  
Soltero/a / Casado/a / Div / Sep / Viudo/a

Es su nombre legal?  Si  No Si no, cual es? \_\_\_\_\_ (Algun Nombre Anterior): \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de Seguro social.: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
( )

P.O. box: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
( )

¿Escogió la clínica porque / Fue referido a la clínica por (marque una casilla)  Dr.  Seguro  Hospital  
 Familiar  Amigo  Cerca a casa/trabajo  Yellow Pages  Otro

Otros miembros de la familia que se ven aquí: \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL SEGURO

(Por favor entregue su tarjeta de seguro a la recepcionista.)

Persona responsable de la factura: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Dirección (si es diferente): \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
( )

¿Este paciente está cubierto por un seguro?  Si  No

Por favor indique seguro primario: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ No de ss del suscriptor.: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Niño No de Poliza.: \_\_\_\_\_ Co-pago: \$ \_\_\_\_\_

Relacion del paciente c/ el suscriptor:  Yo  Esposo/a  Otro

Nombre de Seguro secundario (si aplica): \_\_\_\_\_ Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ No de grupo.: \_\_\_\_\_  Niño

Relacion del paciente c/ el suscriptor:  Yo  Esposo/a  Otro/a

<b>FARMACIA PARA ENVIAR PRESCRIPCIONES</b>	<b>DIRECCION &amp; NO. DE TELEFONO</b>
--	--

--	--

### EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre de un amigo o familiar local (que no vive en la misma dirección): \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
( )  
( ) ( )

La información anterior es verdadera según mi leal saber y entender. Autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. También autorizo a EASTSIDE CLINIC & WELLNESS CENTER, PLLC o compañía de seguros a divulgar cualquier información requerida para procesar mis reclamos y adquirir mi historial de recetas.

*Firma del paciente / tutor* \_\_\_\_\_

*Fecha* \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA DEJAR INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD POR MEDIOS ALTERNOS**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha De Nac.: \_\_\_\_\_

De vez en cuando puede ser necesario que un representante de Eastside Clinic & Wellness Center, PLLC se ponga en contacto con los pacientes para varios fines de notificación que podrían incluir información médica protegida, como:

- Recordatorios de citas/ confirmación / reprogramación
- Renovación de recetas / información de recordatorio
- Resultados de pruebas de laboratorio
- Solicitar llamar al médico para otros

Nos gustaría saber cómo podemos comunicarnos con usted y con quién podemos dejar un mensaje o compartir información sobre su Información de salud protegida.

*Autorizo a los médicos y / o personal de Eastside Clinic & Wellness Center a ponerse en contacto y dejar mensajes que podrían incluir información de salud protegida relacionada con mi atención por los medios seleccionados a continuación.*

Verificar todo lo que aplique:

	<b>Método</b>	<b>Número c / código de área / dirección de correo electrónico</b>
<input type="checkbox"/>	Teléfono de casa / mensaje de voz	
<input type="checkbox"/>	Teléfono celular / mensaje de texto	
<input type="checkbox"/>	Teléfono de trabajo / mensaje de voz	
<input type="checkbox"/>	correo electrónico	
<input type="checkbox"/>	Otro	

**AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD CON DETERMINADOS INDIVIDUOS**

*Además, doy permiso para que las siguientes personas reciban mi Información de salud protegida:*

<b>Nombre</b>	<b>Relación</b>	<b>Número c / código de área</b>

*Con mi firma a continuación, reconozco y entiendo que esta Autorización se mantendrá como parte de mi registro médico y que las instrucciones de comunicación enumeradas anteriormente permanecerán vigentes hasta que realice cualquier cambio por escrito. Es mi responsabilidad notificar a Eastside Clinic & Wellness Center por escrito si deseo cambiar la información mencionada anteriormente.*

X

\_\_\_\_\_  
Firma del representante legal o del paciente autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

## CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE SALUD EN TELEMEDICINA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre y ubicación del proveedor: **Eastside Clinic & Wellness Center, PLLC, Austin, Texas**

### **Introducción**

La Telemedicina utiliza videoconferencia interactiva y conferencias de voz que permiten a los proveedores de la Clínica Eastside a proporcionar servicios de salud a sus pacientes de forma remota. Entiendo que esta visita no será lo mismo que una evaluación cara a cara ya que el paciente no estará en la misma ubicación que el proveedor.

Durante el servicio de telemedicina:

- Pueden discutirse detalles de mi historial médico, incluidos, entre otros, informes médicos, información sobre medicamentos e informes de incidentes críticos.
- Puede realizarse un examen físico y visual de mi cuerpo.
- Se puede solicitar al personal no médico que ingrese al área donde se realiza la telemedicina para ayudar a operar el equipo de videoconferencia; y
- No se tomarán grabaciones de video, audio y / o fotos durante la evaluación.

### **Privacidad**

Todas las leyes existentes sobre privacidad y seguridad de mi información de salud y copias de mis registros médicos se aplican a este servicio de salud de telemedicina y la información de audio y video transmitida y recibida electrónicamente como parte de este servicio. Cualquier divulgación de imágenes o información identificable del o por el paciente de esta interacción de telemedicina a investigadores u otras entidades para fines que no sean mi tratamiento, el pago de los servicios de atención médica que recibo y ciertas actividades administrativas y operativas necesarias que respalden mi atención no se realizarán sin mi autorización.

### **Consideraciones**

Como con cualquier servicio de salud, existen consideraciones asociadas con el uso de la telemedicina. Estos incluyen, pero no se limitan a:

- En ciertos casos, la información puede no ser suficiente para prestar servicios de salud.
- Pueden ocurrir demoras en los servicios de salud debido a interrupciones y / o fallas del equipo.
- En cualquier momento, puedo elegir suspender los servicios de salud de telemedicina.
- La interrupción de los servicios de salud de telemedicina puede causar demoras adicionales.

### **Consentimiento**

*Estoy de acuerdo en que he recibido una explicación de cómo se utilizará la tecnología de video y audio para llevar a cabo el servicio de salud de telemedicina, y entiendo que existen limitaciones en la tecnología y el proceso de telemedicina, incluido el potencial de intercambio incompleto o pérdida de información. Entiendo y acepto participar en el servicio de salud de telemedicina. Entiendo la información escrita proporcionada anteriormente, y por la presente, acepto voluntaria y libremente y doy mi consentimiento para participar en el servicio de salud de telemedicina y cualquier evaluación y diagnóstico relacionado, según lo considere apropiado el proveedor de atención médica para mi afección médica actual.*

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Política financiera para Eastside Clinic & Wellness Center PLLC

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac: \_\_\_\_\_

Bienvenido a Eastside Clinic & Wellness Center PLLC. Para que podamos brindar la calidad de la atención a la que está acostumbrado, hemos establecido nuestras políticas financieras. La siguiente es una lista de pautas que son necesarias para continuar brindando atención de alta calidad y hacer que su visita sea lo más placentera posible.

### **POR FAVOR, LEA TODA LA INFORMACIÓN Y RECONOZCA AL FIRMAR A CONTINUACIÓN**

1. Le pedimos que presente su tarjeta de seguro en cada visita. Es su responsabilidad proporcionarnos la información correcta para facturar a su seguro.
2. Si tiene un cambio de dirección, números de teléfono o empleador, notifique a la recepcionista y actualizaremos su información.
3. Cobraremos su deducible, copago o cargo por los servicios no cubiertos en el momento de su visita. Si tiene un saldo después de un pago de seguro de un servicio anterior, también le solicitaremos dicho pago. Aceptamos efectivo, cheques, giros postales y tarjetas de crédito.
4. Si no participamos con su seguro, presentaremos sus reclamos como cortesía. Se espera que haga un seguimiento para asegurarse de que el pago se realice de manera oportuna. Si no recibimos el pago de ellos dentro de los 45 días, se le facturará por cualquier saldo impago. Si no somos proveedores de su seguro, entonces se espera el pago en el momento del servicio.
5. **PACIENTES DE MEDICARE:** Nosotros le facturaremos a Medicare parte B por todos sus cargos cubiertos. Si tiene un seguro complementario, también le enviaremos la factura por usted. Si no se recibe el pago de su seguro complementario dentro de los 45 días posteriores a su presentación, le facturaremos el saldo adeudado. Si no tiene un seguro complementario, su parte (20% del monto permitido por Medicare) se cobrará en el momento del servicio. Cada año, Medicare tiene un deducible que se espera que pague hasta que se alcance su deducible.
6. **PACIENTES c/ HMO, PPO:** Si participamos con su plan le facturaremos a su seguro por usted. El pago se cobrará en el momento del servicio, sin excepciones. Si su plan requiere que tenga asignado a un doctor primario, deberá obtenerlo de su seguro médico y asignar a la Dra. Graciela Leija antes de que visite Eastside Clinic & Wellness Center PLLC. Si no participamos con su plan, verificaremos los beneficios fuera de la red, presentaremos sus cargos y esperamos el pago de su parte de los cargos en el momento del servicio.
7. **PACIENTES SIN SEGURO MEDICO:** se espera que los pacientes sin seguro paguen en el momento del servicio. Si no puede pagar en su totalidad, debe comunicarse con nuestro departamento de facturación antes de ver al médico / enfermero practicante para hacer arreglos de pago.
8. **NO PRESENTARSE A UNA CITA:** Cuando se programa una cita con el médico, el tiempo se asigna específicamente para usted. Entendemos que puede haber un momento en el que no pueda asistir a una cita, pero pedimos la cortesía de una llamada telefónica para cancelar una cita por lo menos 24 horas antes de la cita.

Si tiene alguna pregunta sobre nuestra política financiera, comuníquese con nuestro departamento de facturación al (512)363-5725.

***He leído y entiendo completamente la política financiera del Eastside Clinic & Wellness Center, PLLC***

Firma del Paciente/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# EASTSIDE CLINIC & WELLNESS CENTER, PLLC

## POLÍTICA DE PRESCRIPCIÓN

Hay una crisis de salud urgente que enfrenta nuestro país. En los últimos 15 años, ha habido un gran aumento en las muertes y las sobredosis de medicamentos recetados en los Estados Unidos. Para garantizar la salud y la seguridad de nuestros pacientes y reducir el riesgo de eventos adversos, Eastside Clinic tiene esta política de prescripción efectiva de inmediato:

- **Se prohíbe a los prescriptores recetar medicamentos de Control II, incluidos narcóticos opiáceos / narcóticos.**  
Los pacientes que necesiten estos medicamentos serán remitidos a un doctor de manejo de dolor para una evaluación y tratamiento adicional.
- **Se prohíbe a los prescriptores prescribir sedantes / hipnóticos / ansiolíticos (por ejemplo, benzodiazepinas o barbitúricos) debido al posible riesgo de supresión respiratoria.**  
Los pacientes que necesiten estos medicamentos serán remitidos a Psiquiatría para el tratamiento y la administración de medicamentos.
- **Se prohíbe a los prescriptores recetar estimulantes del Programa IIN, que incluyen: anfetamina (Dexedrine, Adderall), metanfetamina (Desoxyn) y metilfenidato (Ritalin).**  
Los pacientes que necesiten estos medicamentos serán referidos a Psiquiatría y / o Neurología para el manejo y tratamiento de medicamentos.

*HE LEÍDO Y ENTIENDO LA POLÍTICA DE PRESCRIPCIÓN PRESENTADA.*

Firma del Paciente/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_