

INFORMACIÓN AL PACIENTE

Nombre: _____ IS: _____ Apellido: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____ Nombre preferido: _____ Sexo asignado al nacer: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ DesconocidoOrientación sexual: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Transgénero Masculino ☐ Transgénero Femenino ☐ Genderqueer ☐ Otros ☐ DeclinaOrientación sexual: ☐ Heterosexual ☐ Lesbiana/Homosexual ☐ Bisexual ☐ Ninguno Exclusivamente Masculino/Femenino ☐ Otra ☐ DeclinaRaza: ☐ Indio americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/Afroamericano ☐ Isleño del Pacífico/Nativo de Hawái ☐ Blanco ☐ Desconocido ☐ DeclinaEtnia: ☐ No hispano/latino ☐ Hispano/latino ☐ Desconocido ☐ DeclinaEstado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo/a ☐ En pareja ☐ Separado legalmente

Contacto en caso de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Dirección, ciudad, estado, código postal: _____

de celular: _____ # de casa: _____ # de trabajo: _____

Correo electrónico: _____ Empleador: _____ Idioma preferido: _____

Enumere TODOS los métodos de contacto preferidos: ☐ Voz ☐ Correo electrónico ☐ Texto

INFORMACIÓN SOBRE LA PARTE RESPONSABLE (SI ES DIFERENTE DE LA ANTERIOR)

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección, ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

Relación con el paciente (si es usted tutor legal, apoderado, etc. facilite copia de su documentación): _____

SEGURO MÉDICO

Empresa de seguros primaria: _____ Grupo #: _____ ID#: _____

Nombre del suscriptor: _____ Parentesco con el paciente: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

Empresa de seguros secundaria: _____ Grupo #: _____ ID#: _____

Plan de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare ÚNICAMENTE:*Indique a continuación los datos de su seguro de medicamentos recetados:*

Empresa de seguros: _____ Rx Bin #: _____ Rx PCN #: _____ Grupo Rx: _____

ACUERDO FINANCIERO**Seguros:**

Praxis Health participa con muchos proveedores de seguros. Nos comprometemos a presentar reclamos a su(s) seguro(s) como cortesía. Si bien podemos tener un acuerdo con su plan de seguro, es su responsabilidad verificar si su póliza específica está dentro de la red antes de programar una cita y entender su cobertura y beneficios. El no hacerlo puede resultar en el pago de un mayor costo de su visita. Aunque podemos proporcionarle una estimación del costo de los servicios, es el seguro el que toma la determinación final de la elegibilidad, la cobertura y el saldo total a pagar por su parte. Intentaremos precobrar los copagos/deducibles en su cita; cualquier saldo restante vencerá y será pagadero en un plazo de 30 días desde que su plan de seguro determine su responsabilidad.

Pago por cuenta propia:

Los pacientes sin seguro médico deben pagar un depósito en el momento del servicio. Las visitas de atención primaria requieren un depósito mínimo de \$150,00, mientras que las visitas a especialistas y el diagnóstico por imagen requieren un depósito mínimo de \$175,00. Cualquier paciente sin seguro médico que haya pagado el depósito recibirá un 20% de ajuste de su saldo final. Las cantidades finales para pagar se basan en el servicio o servicios prestados y no pueden garantizarse antes de su cita. A los pacientes se les facturará cualquier saldo restante después de que se apliquen los depósitos y descuentos aplicables al pago por cuenta propia. El consultorio puede suministrar presupuestos de costos de autopago para visitas al consultorio y procedimientos previa solicitud. Los laboratorios enviados para su procesamiento se facturarán por separado y no son aplicables a esta política.

Reclamos por responsabilidad civil:

No todos los centros están concertados para los reclamos por responsabilidad civil, consulte con su oficina. Si el motivo de su visita está relacionado con una lesión laboral o un accidente automovilístico, usted es responsable de proporcionarnos el número de reclamo, la fecha de la lesión, el nombre de la empresa de seguros o de compensación laboral, la dirección de facturación y/o cualquier otra información necesaria para presentar un reclamo. Si no proporciona esta información en el momento del servicio, es posible que se le haga responsable del saldo total de la(s) visita(s). Sólo facturaremos la cobertura de Protección contra Lesiones Personales (PIP) del paciente por accidentes de automóvil, no facturamos la cobertura por culpa de terceros.

Tarifas:

La lista de tarifas está sujeta a cambios basados en las Unidades de Valor Relativo (RVU) actuales y en lo que es habitual y acostumbrado en nuestra área de servicio. Los servicios se prestan de forma voluntaria y las tarifas se le facilitarán si las solicita. Usted es responsable del pago independientemente de la determinación arbitraria de las tarifas habituales y acostumbradas por parte de cualquier otra empresa. Nuestra consulta no acepta la asignación de "precios basados en referencias" para aquellas empresas que no utilizan una red de seguros. Sí ofrecemos un 20% de descuento por pago por cuenta propia de nuestra tarifa estándar a las personas a las que se les facture el saldo debido a una cobertura no contratada, no cubierta o fuera del área cuando los servicios se presten de forma voluntaria. Los servicios urgentes prestados por proveedores de forma involuntaria no recibirán una factura sorpresa en cumplimiento de las leyes estatales y federales.

Responsabilidad del paciente:

Cuando el saldo de una cuenta se convierte en su responsabilidad, el saldo vence al recibir el primer estado de cuenta de Praxis Health y sus afiliados. Es su responsabilidad asegurarse de que Praxis Health tiene información de contacto actualizada en sus archivos para asegurar la pronta recepción del pago y evitar saldos vencidos. Si cualquier parte del saldo de la cuenta se convierte en moroso, entonces el saldo de la cuenta puede ser remitido a una agencia externa para su cobro. Es posible que Praxis Health y los asociados comerciales contratados tengan que ponerse en contacto con usted para obtener información adicional o para cobrar las cantidades que pueda adeudar. Si necesita establecer un plan de pago, póngase en contacto con nuestros Defensores de la facturación del paciente por correo electrónico en billing@adaugeohealthcare.com, llamando al número gratuito (877) 708-1119 o enviando una pregunta a través del portal del paciente.

Salud conductual:

Las visitas de salud conductual en Praxis Health se documentan en su historial médico compartido y son accesibles para su equipo de atención primaria. Esto permite una mejor coordinación de la atención. La información discutida en estas visitas puede ser compartida con su equipo de tratamiento si es necesario para garantizar la seguridad y la mejor calidad de la atención. Si usted es atendido por un proveedor de salud conductual, esto puede dar lugar a cargos adicionales. Por favor, consulte las secciones de Seguro, Pago por cuenta propia más arriba para obtener más información sobre los cargos, y consulte la sección de Reconocimiento de prácticas de privacidad en la página siguiente para saber cómo se puede utilizar su información médica.

Gestión de los cuidados:

Las directrices gubernamentales de facturación establecidas en 2015 para los servicios identificados como "Gestión de cuidados" ofrecen una forma diferente de recibir atención cuando sea apropiado. Estos servicios no son presenciales e incluyen, entre otros: el seguimiento de las visitas a urgencias, las hospitalizaciones y la coordinación de la atención de enfermedades crónicas en curso como la diabetes, la hipertensión o la salud conductual. Estos servicios se prestan por múltiples medios, entre los que se incluyen: teléfono, correo electrónico seguro, portal del paciente o contacto por texto directamente con el cliente o el contacto sanitario designado, otros profesionales sanitarios, así como informes verbales y escritos. Estos servicios son facturables a su plan de seguro; la tramitación del pago dependerá de la cobertura de su plan individual.

Otras tasas:

Se cobrará una tasa de \$35,00 por cualquier cheque devuelto por suspensión de pago o insuficiencia de fondos. Se cobrará una tarifa de \$75,00 por no llegar a tiempo a una cita o por no cancelarla 24 horas antes de su cita. Si llega con más de 7 minutos de retraso, es posible que tenga que cambiar la cita. No presentarse constantemente pueden resultar en ciertas restricciones de programación y/o terminación de la práctica.

Al firmar abajo, certifico que entiendo el Acuerdo Financiero de Praxis Health y acepto la responsabilidad financiera para el pago de cualquier cuota asociada con mi cuidado. Certifico que la información de mi seguro proporcionada es exacta y está actualizada a mi leal saber y entender. Acepto ceder los beneficios médicos pagados por mi(s) aseguradora(s) a Praxis Health para que se apliquen a mi factura. Autorizo a Praxis Health a utilizar y divulgar mi información médica para facilitar el pago de los servicios que estoy recibiendo.

Nombre del paciente (en letra imprenta): _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma (Paciente/Tutor) _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Al firmar a continuación, solicito a Praxis Health que proporcione tratamiento y consulta relacionados con la atención médica al paciente nombrado a continuación, y que puedo rechazar el tratamiento o los servicios en cualquier momento. Entiendo que Praxis Health no garantiza ningún resultado de ningún servicio o tratamiento, ya sea declarado o implícito. Padres de Menores: Praxis Health seguirá las directrices/razones de acceso apropiadas por estado ya que el consentimiento de los menores para recibir atención médica puede variar según el estado.

Padres de Menores: Praxis Health seguirá las directrices/razones de acceso apropiadas por estado, ya que el consentimiento de los menores para recibir atención médica puede variar según el estado.

RECONOCIMIENTO DE LA POLÍTICA DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Mi información médica puede ser creada o revisada por Praxis Health o sus socios comerciales asociados contratados y puede estar en forma de registros escritos, registros electrónicos o palabras habladas. Mis registros sanitarios pueden incluir información sobre mi historial médico, estado de salud, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos, procedimientos o recetas y tipos similares de información médica relacionada.

Tengo derecho a recibir y revisar una descripción escrita de cómo Praxis Health manejará mi información médica. Esta descripción escrita se conoce como Aviso de prácticas de privacidad. Este aviso describe los usos y divulgaciones de la información de salud que se hacen y las prácticas de información que siguen los empleados, el personal y otro personal de oficina de Praxis Health y mi derecho con respecto a mi información de salud. Entiendo que el Aviso de Prácticas de Privacidad puede ser revisado, tengo derecho a recibir una copia de cualquier Aviso de Prácticas de Privacidad revisado, y una copia o resumen de la versión más actualizada está publicada en la clínica, disponible en la recepción, en nuestra página web o a través de nuestro portal del paciente.

GESTIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL FORMULARIO (PBM):

Los datos de los beneficios del formulario son mantenidos para los proveedores de seguros médicos por organizaciones conocidas como Gestores de Beneficios Farmacéuticos (PBM). Los PBM son administradores externos de programas de medicamentos recetados cuyas principales responsabilidades son procesar y pagar los reclamos de medicamentos recetados. También elaboran y mantienen los formularios, que son listas de medicamentos dispensables cubiertos por un determinado plan de prestaciones de medicamentos.

Es posible que necesitemos acceder a sus datos mantenidos por los PBM para saber qué medicamentos le han sido recetados en el pasado, y para saber qué medicamentos están cubiertos por su plan de seguro. Reconozco que Praxis Health puede:

- Determinar las prestaciones farmacéuticas, los copagos de los medicamentos o si la medicación prescrita está cubierta (en el formulario).
- Mostrar alternativas terapéuticas dentro de una clase de fármacos para los medicamentos no incluidos en el formulario
- Determinar si un plan de salud permite la prescripción electrónica a las farmacias de venta por correo y, en caso afirmativo, prescriba electrónicamente a estas farmacias
- Descargar una lista histórica de todos los medicamentos recetados a un paciente por cualquier proveedor

En resumen, utilizaremos los datos del PBM para obtener información sobre el formulario y otras recetas de otros proveedores que utilicen RxHub.

Al firmar, acepto que he revisado y comprendido la información anterior relativa a mi consentimiento para que Praxis Health me proporcione tratamiento, mis derechos con respecto a la política de prácticas de privacidad y el uso de los datos de beneficios y que puedo revocar el consentimiento de datos de beneficios por escrito.

Nombre del paciente (en letra imprenta): _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma (Paciente/Tutor) _____ Fecha: _____

COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL CON EL PACIENTE

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) le otorga el derecho a solicitar que le comuniquemos información financiera y/o médica, de forma confidencial, por un método o lugar determinados.

Doy permiso a Praxis Health para dejar mensajes con respecto a la información abajo indicada, en los números especificados, con la(s) siguiente(s) persona(s) y reconozco que este consentimiento expira el día en que el paciente cumpla 18 años, a menos que el representante legal dicte lo contrario, y que este esquema de comunicación confidencial será revocado únicamente mediante permiso por escrito o actualizando este consentimiento en el archivo.

Puede contactarme o a mi(s) persona(s) autorizada(s) que figura(n) a continuación, si la(s) hay, en relación con:

- ☐ Citas
- ☐ Facturación
- ☐ Información médica limitada, como resultados normales (los resultados anormales y/o la información sensible no se dejarán en el buzón de voz), recomendaciones genéricas, información genérica sobre medicación, estado de la derivación/actualizaciones en cualquiera de los siguientes números facilitados

Puede contactarme en relación con la información anterior a través de

- ☐ Teléfono celular
- ☐ Teléfono de casa
- ☐ Teléfono del trabajo

Puede dejar SÓLO la información anterior con la(s) siguiente(s) otra(s) persona(s) autorizada(s):

Nombre _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

Nombre _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

Si desea que nuestro personal entable conversaciones más detalladas que las descritas anteriormente sobre su información médica con una parte designada (ya sea en su presencia o no) y concederle acceso continuo a las partes de su historial que se especifiquen, rellene un formulario de Autorización de divulgación de información. Esta autorización de Divulgación de Información puede ser revocada siguiendo las especificaciones de dicho formulario.

ACUSE DE RECIBO DE COMUNICACIONES DIGITALES

Praxis Health y nuestros socios comerciales (BA) contratados pueden utilizar diversos métodos, plataformas o tecnologías para ponerse en contacto con usted, prestarle servicios relacionados con sus visitas o comunicarse con usted de cualquier otro modo. Estos métodos pueden incluir, entre otros: teléfono (incluido el inalámbrico), correo electrónico, texto, escritas virtuales, incluida la tecnología ambiental, tecnología agéntica, mensajes de voz pregrabados o artificiales, dispositivos de marcación automática, portal o mensajería segura/directa.

Nuestros centros pueden integrar herramientas avanzadas basadas en la IA para mejorar las evaluaciones diagnósticas, la planificación del tratamiento y otros procesos. Estas tecnologías apoyan su atención proporcionando información adicional; sin embargo, todas las decisiones clínicas finales son tomadas por su profesional sanitario. Todos los datos de los pacientes procesados por cualquier sistema de IA se gestionan con medidas de seguridad de acuerdo con la HIPAA y todas las normativas estatales aplicables. Su información personal se mantiene de forma segura y se utiliza únicamente para mejorar la calidad y la eficacia de su asistencia médica. Si desea más información o prefiere que sus datos no se utilicen en procesos de IA directos al paciente, hable con su equipo asistencial para discutir cómo se puede hacer otro tipo de adaptación; estaremos encantados de trabajar con usted lo mejor que podamos para garantizarle una experiencia cómoda.

Cuando facilito una dirección de correo electrónico o un número apto para mensajes de texto en el que se me pueda contactar, doy mi consentimiento para recibir mensajes de Praxis Health y de sus socios BA contratados y reconozco que puedo optar por no recibir esos mensajes de texto o correos electrónicos dentro del propio texto o correo electrónico.

Reconozco que se me ha informado sobre el papel de apoyo de la IA en mi atención, y que puedo discutir la interacción directa que pueda tener con las herramientas basadas en IA hablando con mi equipo de atención durante mis visitas. Comprendo y doy mi consentimiento expreso para que Praxis Health o sus socios de IA contratados se pongan en contacto conmigo a través de una variedad de los métodos mencionados anteriormente para, entre otras cosas: recordatorios de citas, enviarme información sobre mis recetas, obtener comentarios sobre mi experiencia, proporcionar recordatorios/información general sobre salud, documentar mi visita con mi proveedor, obtener respuestas rápidas a preguntas frecuentes o participar en programas como la gestión de cuidados.

Nombre del paciente (en letra imprenta): _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma (Paciente/Tutor) _____ Fecha: _____