



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 \$125.00 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, VESHÍCULOS, 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.

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

Firma (Paciente/Tutor): _____ Fecha: _____

Reconocimiento de la Política de Privacidad Ofrecida

Mi información de salud puede ser creada o revisada por Praxis Medical Group y puede ser en forma de registros escritos o electrónicos, o manifestaciones orales. Mis registros de salud pueden incluir información sobre mi historial médico, estado de salud, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, recetas y tipos similares de información de salud relacionada.

Entiendo que tengo derecho a recibir y revisar una descripción escrita de cómo Praxis Medical Group manejará mi información de salud. Esta descripción escrita se conoce como **Aviso de Prácticas de Privacidad**. Este aviso describe los usos y divulgaciones de la información de salud realizada y las prácticas de información que siguen los empleados, el personal y el resto del personal de la oficina de Praxis Medical Group y mis derechos con respecto a mi información de salud. Puedo obtener una copia del **Aviso de Prácticas de Privacidad** en la recepción o verlo en el sitio web de la clínica.

Entiendo que el **Aviso de Prácticas de Privacidad** puede ser modificado ocasionalmente, y que tengo derecho a recibir una copia de cualquier **Aviso de Prácticas de Privacidad modificado**. También entiendo que se publicará una copia o un resumen de la versión más reciente del **Aviso de Prácticas de Privacidad** de Praxis Medical Group vigente en el área de espera/recepción y en el sitio web de la clínica.

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

Comunicación Confidencial del Paciente

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA por sus siglas en inglés) le otorga el derecho de solicitar que le comuniquemos información financiera y/o médica de manera confidencial mediante un método en particular o en ciertas ubicaciones. Para proteger la privacidad y confidencialidad de su información, complete lo siguiente. Cuando se usan los servicios de traducción, usted da su consentimiento expreso para que se realice mediante un dispositivo móvil inalámbrico.

Autorizo a Praxis Medical Group dejar mensajes relacionados con citas, facturación e información médica en cualquiera de los siguientes números telefónicos: _

Doy permiso a Praxis Medical Group para compartir información de salud y facturación con:

Parentesco: _____

Esta versión será revocada solo con un permiso por escrito. Entiendo que debo enviar una solicitud por escrito a Praxis Medical Group para revocar esta solicitud.

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