



Medicina Móvil Santiam
1881 W Washington St.
Stayton, OR 97383
Teléfono: 503-507-5356
Fax: 866-225-2708
Correo electrónico: Info@SantiamMobileMedicine.com
Sitio web: www.santiammobilemedicine.com
Horario de oficina: de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 4:30 p. m.
Teléfono fuera del horario de atención: 503-507-5356

Bienvenidos a Santiam Mobile Medicine
Su Hogar de Atención Primaria Centrado en el Paciente (PCPCH, por sus siglas en inglés)

Aquí hay algunas cosas que nos gustaría que supiera sobre la clínica:

- **Su equipo de atención médica:** Su equipo de atención médica está formado por proveedores de atención primaria, asistentes médicos y recepcionistas. Coordinamos la atención con los proveedores de apoyo clínico de WVP, que consisten en: farmacéutico clínico, trabajador social clínico con licencia, dietista registrado y trabajador de atención médica tradicional. ¡Queremos asegurarnos de que tenga la mejor atención posible en Santiam Mobile Medicine!

Conozca a su(s) proveedor(es):

Nombre: Casey Lulay, FNP-C

Especialidad: Medicina Familiar

Facultad de Medicina: Universidad Gonzaga

Certificación de la Junta: AANP

Filosofía: "Me esfuerzo por hacer que todos los pacientes con los que entro en contacto se sientan cómodos. Me aseguro de que ellos y sus familias sean atendidos con compasión, respeto, amabilidad y empatía. También creo que la prevención es clave para una atención médica eficaz".

Intereses personales: caballos, paseos en bote, caza, acampar, pasar tiempo con familiares y amigos

Nombre: Jill Cohen, DNP, FNP-C

Especialidad: Medicina Familiar

Facultad de Medicina: Universidad de Portland

Certificación de la Junta: AANP

Filosofía: Le gusta cuidar a personas de todas las edades y está particularmente interesada en la atención preventiva.

Intereses personales: pilates, viajar, ver softbol y hockey, y pasar tiempo con su familia y amigos

➤ **Portal del paciente:**

¡Pregúntenos cómo conectarse con su proveedor a través del Portal del Paciente!

- Comunícate con tu proveedor en línea a través de nuestro portal seguro en <https://19033.portal.athenahealth.com>
- Ver, descargar o compartir su historia clínica personal, incluidos datos como: medicamentos y resultados de pruebas
- Obtenga acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana a información educativa y de salud importante
- Solicitar resurtidos de medicamentos recetados

- Recibir recordatorios de citas
- Mantener los datos de la cuenta, incluido el nombre de usuario, la contraseña y los privilegios de acceso
- Pagos en cuentas a través del Portal

➤ **Nuevos pacientes**

Requerimos que complete nuestro paquete para pacientes nuevos y lo entregue antes de que podamos programar su cita. Nuestro paquete para pacientes nuevos se puede encontrar en nuestro sitio web: www.santiampmobilemedicine.com o se puede recoger en nuestra clínica. También debe llamar a su compañía de seguros y asegurarse de que se le asigne un proveedor de Santiam Mobile Medicine como su proveedor de atención primaria.

➤ **Llegada para citas**

- Llegue 15 minutos antes a todas las citas
- Para citas de pacientes nuevos, traiga todos los registros de su proveedor de atención primaria anterior, incluidos los registros de salud mental, si corresponde, si los tiene. Si no los tiene, hay un formulario en el paquete de paciente nuevo que completará para que podamos solicitar sus registros.
- Tarjetas de seguro vigentes
- Identificación personal

➤ **Atención de emergencia:**

Todas las verdaderas emergencias deben ser transportadas a través del servicio de ambulancia (911) a la sala de emergencias más cercana, que cuenta con personal suficiente. Preferimos que se comunique con nosotros con sus problemas urgentes fuera del horario de atención en lugar de recurrir a visitas costosas e innecesarias a la sala de emergencias.

➤ **Cuidados Intensivos:**

Siempre intentaremos programar una cita para el mismo día que llame. Si no podemos conseguirle una cita para ese día, en función de la gravedad, lo atenderemos tan pronto como nuestro horario lo permita.

➤ **Derivaciones a especialistas:**

La mayoría de las compañías de seguros requieren que el proveedor de atención primaria presente un aviso de referencia para la aprobación de la compañía de seguros antes de que ocurra una visita al especialista, o es posible que los cargos de la visita no estén cubiertos por su compañía de seguros y estos cargos serán su responsabilidad. Para algunos seguros, esto puede tardar varios días en procesarse. Si lo hemos referido a un especialista y usted tiene un plan de seguro que requiere notificación y/o aprobación iniciada por el consultorio del proveedor, entonces debe consultar con su compañía de seguros para verificar que el especialista esté cubierto por su póliza. Nosotros nos encargamos del resto. No se pueden hacer referencias retroactivas o retroactivas. Por favor, pregunte si tiene alguna pregunta sobre este importante proceso.

➤ **Prescripciones:**

Escribimos recetas para la cantidad de resurtidos previstos, después de lo cual creemos que es necesaria una visita de seguimiento. Llame a la oficina para programar una cita cuando llene su última reposición. Las solicitudes de resurtido enviadas a través de la farmacia o el portal del paciente se completarán dentro de las 48 horas. No se obtendrán autorizaciones previas para sustancias controladas. NO recetamos analgésicos opioides a largo plazo, podemos derivarlo a una clínica del dolor para ayudarlo a controlar su dolor crónico.

➤ **Continuidad de la atención:**

Una de las cosas más valiosas que los proveedores pueden ofrecer a sus pacientes y a sus familias es la continuidad de la atención. El conocimiento personal del proveedor sobre el paciente y su familia es un activo valioso. A medida que crece, aumenta enormemente la propiedad y la eficiencia del manejo de los problemas médicos del paciente y la atención preventiva.

➤ **Servicios:**

Nuestra oficina es su entrada al sistema de salud. La mayoría de sus necesidades pueden ser atendidas directamente en la oficina. Además de los servicios que se enumeran a continuación, también ofrecemos a nuestros proveedores de apoyo clínico; Trabajador

social clínico con licencia, dietista registrado, conductistas y farmacéuticos clínicos. A petición del paciente, la familia o el hospitalista, estaremos encantados de consultar y asesorar al equipo de atención en nuestros pacientes del hospital, así como coordinar su alta y solicitar ver a TODOS los pacientes hospitalizados dentro de los 7 días posteriores a la salida del hospital. Llame a nuestra oficina tan pronto como sea admitido en el hospital.

Nuestros servicios incluyen:

- Manejo de Enfermedades Crónicas
- Atención inmediata
- Exámenes anuales de bienestar de Medicare
- Salud mental
- Servicios móviles: visitas a domicilio, visitas a centros y hogares de ancianos caso por caso
- Exámenes preventivos de Bienestar Femenino/Hombre Sano
- Atención Primaria
- Telemedicina (requerimos una visita en persona al menos una vez al año)
- Chequeos de niño sano y exámenes físicos deportivos

➤ **Expectativas de los pacientes:**

La agresión física y verbal hacia cualquier miembro del personal dará lugar a la terminación inmediata de la relación con Santiam Mobile Medicine. Esto incluye, pero no se limita a: gritar, maldecir, insultar, insultar. Cualquier contacto físico no deseado con cualquier miembro del personal resultará en el despido inmediato con posibles cargos presentados. No se permiten armas de fuego en la clínica.

➤ **Política de quejas de los pacientes:**

Proporcionar a los pacientes y/o sus familias, otros proveedores de atención médica o cualquier otra entidad involucrada, la oportunidad de expresar sus inquietudes con respecto a los servicios prestados en Santiam Mobile Medicine. Estas preocupaciones serán revisadas, abordadas y resueltas. El objetivo es aumentar la satisfacción del paciente, mejorar la calidad de la atención e identificar mejor las áreas que necesitan mejoras con una respuesta oportuna a las quejas. Puede consultar con cualquier miembro del personal sobre este proceso.

➤ **Todas las llamadas de triaje médico que no sean de emergencia se devolverán al final del siguiente día hábil.**

➤ **Fuera del horario de atención:**

Siempre hay un proveedor disponible fuera del horario de atención. Si tiene un problema que surge fuera del horario de atención, llame a nuestra oficina al 503-507-5356. Tenga en cuenta que los proveedores de guardia no podrán recetar resurtidos de medicamentos.

➤ **Citas perdidas y llegadas tardías:**

Cancele las citas con al menos 24 horas de anticipación. La falta de cancelación de citas provoca brechas inesperadas en la programación, lo que resulta en largas demoras para otros pacientes y horas tardías para el personal. Tenemos una política de "no presentarse", lo que significa que los pacientes no se presentaron a su cita, llegaron 10 minutos tarde a su cita o no cancelaron su cita al menos 2 horas antes de la hora programada. Si un paciente llega 10 minutos tarde, la cita se cancelará o reprogramará y se considerará "no presentado". Cualquier paciente que falte a 2 citas dentro de un año calendario será dado de alta de la práctica.

IMPORTANTE:

DEBE LLAMAR A SU COMPAÑÍA DE SEGUROS Y CAMBIAR SU PCP A CASEY LULAY, MSN, FNP-C o JILL COHEN, DNP, FNP-C (dependiendo de quién sea su nuevo PCP) ANTES DE QUE PODAMOS PROGRAMARLO.

¡ESPERAMOS PODER SATISFACER SUS NECESIDADES DE ATENCIÓN MÉDICA! ¡GRACIAS!

Formulario de registro de pacientes

Medicina Móvil Santiam LLC

Dirección: 1881 W Washington St. Stayton, OR 97383

Teléfono: (503) 507-5356 • Fax: (866) 225-2708

Casey Lulay, MSN, FNP-C

Jill Cohen, DNP, FNP-C

Patient Information			
First Name	M.I.	Last Name	
Preferred Name	Date of Birth	Legal Sex	
Race: (check one) <input type="checkbox"/> Decline to Answer <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pac. Islander <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Other	Ethnicity: (check one) <input type="checkbox"/> Decline to Answer <input type="checkbox"/> Not Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Cuban <input type="checkbox"/> Dominican <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino/Spanish <input type="checkbox"/> Latin American/Latin, Latino <input type="checkbox"/> Mexican <input type="checkbox"/> Central American <input type="checkbox"/> Puerto Rican <input type="checkbox"/> South American <input type="checkbox"/> Spaniard	Sexual Orientation: (check one) <input type="checkbox"/> Choose Not to Disclose <input type="checkbox"/> Straight or heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbian, gay or homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Something else please describe <input type="checkbox"/> Don't know	
Gender Identity: (check one) <input type="checkbox"/> Choose not to disclose <input type="checkbox"/> Identifies as Male <input type="checkbox"/> Identifies as Female <input type="checkbox"/> Transgender Male/Female-to-Male (FTM) <input type="checkbox"/> Transgender Female/Male-to-Female (MTF) <input type="checkbox"/> Gender non-conforming <input type="checkbox"/> Additional gender category/other, please specify	Assigned Sex at Birth: (check one) <input type="checkbox"/> Choose not to disclose <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Unknown		
Marital Status		Primary Language	
Mailing Address			
City		State	Zip
Home Phone	Work Phone	Cell Phone	Preferred Phone: (check one) <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Cell
Fax Number (if applicable)		Email Address	

Preferred Method of Communication <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Phone <input type="checkbox"/> Portal	Patient Notes
--	----------------------

<input type="checkbox"/> <i>Check here if same as above</i>						Guarantor Information: (Person who is financially responsible)					
First Name			M.I.	Last Name			Sex	Date of Birth		SSN (optional)	
Mailing Address				City			State	Zip	Marital Status		
Home Phone			Work Phone			Cell Phone			Preferred Phone: (check one) <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Cell		
Relationship to Patient				Email Address							

Emergency Contact Information:					
First Name		Last Name			Relationship to Patient
Contact Number			Alternate Contact Number		

Next of Kin Contact Information:					
First Name		Last Name			Relationship to Patient
Contact Number			Alternate Contact Number		

Employment					
Employer Name		Employer Phone			Usual Occupation

Guardian					
First Name		Last Name			Relationship to Patient
Contact Number			Alternate Contact Number		

Preferred Pharmacy/Lab/Imaging Information:					
Pharmacy:			General Location (city and/or street name)		
Lab:					
Imaging:					

--	--

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Relación con el paciente

<input type="checkbox"/> <i>Check here if you do not have insurance</i> Primary Insurance Information:		
Name of Insurance Company	ID/Policy Number	Group Number
Address of Insurance Company	Do you have a co-pay? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes - amount _____	Phone Number
Información para el paciente	Policy Holder's Date of Birth & SSN	Nombre
M.I. (if applicable)		
Apellido	ID/Policy Number	Nombre preferido
Fecha de nacimiento	Sexo legal <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes - amount _____	Phone Number
Raza: (marque una)	Etnia: (marque una)	Orientación sexual: (marque una)

Fecha del accidente

Identidad de género: (marque una) <input type="checkbox"/>		
Sexo asignado al nacer: (marque uno)	Claim Number	
Estado civil	Date of Accident	

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Historial de salud personal

¿Alguna vez has tenido lo siguiente? Marque todo lo que corresponda

- ADD/ADHD
- Blood Disorder
- Epilepsy
- Hepatitis
- Migraines
- AIDS
- Blood Transfusion
- Gastric Ulcer
- Hiatal Hernia
- Mononucleosis
- Alcoholism
- Cancer (what kind)
- Genital Herpes
- Inguinal Hernia
- Mumps
- Anemia
- Genital Warts
- HIV
- Osteoarthritis
- Anorexia
- Chickenpox
- GERD
- High Cholesterol
- Osteoporosis
- Anxiety
- Chlamydia
- Glaucoma
- High Blood Pressure
- Pneumonia
- Irregular Heart Beat
- COPD
- Goiter
- Erectile Dysfunction
- Rheumatic Fever
- Arthritis
- Depression
- Gonorrhea
- Irritable Bowel
- Scarlet Fever
- Asthma
- Diabetes Type 1
- Gout
- Kidney Disease
- Stroke
- Back Pain
- Diabetes Type 2
- Hearing Loss
- Kidney Infection
- Thyroid Disease
- Bipolar Disorder
- Drug Addiction
- Heart Attack
- Kidney Stone
- Tuberculosis
- Bladder Infections
- Eczema
- Heart Disease
- Liver Disease
- Whooping Cough
- Legally Blind
- Emphysema
- Hemorrhoids
- Measles
- Other

Año de realización

Lengua materna	Year Performed	Dirección postal	Year Performed

Proveedor que receta (o estado si es de venta libre) (si es necesario, adjunte una hoja de papel adicional)

Número de fax (si corresponde)	Dirección de correo electrónico	Frequency (how often)	Método preferido de comunicación

Reacción No se conocen alergias a medicamentos

Allergic To:	Información de contacto de los familiares más cercanos:	Nombre	Apellido

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Historia Social: (encierre su respuesta en un círculo)

¿Usted fuma? **¿Nunca has dejado de fumar?** _____ **Sí**, cuánto/con qué frecuencia/#pack years _____

¿Consumes tabaco sin humo? **Nunca antes había dejado** de fumar, ¿cuándo? _____ **Sí**, ¿cuánto/con qué frecuencia?

¿Vapeas o usas cigarrillos electrónicos? **Nunca antes había dejado** de fumar: ¿cuándo? _____ **Sí**, ¿cuánto/con qué frecuencia? _____

¿Bebes alcohol? **Nunca antes había dejado** de fumar: ¿cuándo? _____ **Sí**, ¿cuánto/con qué frecuencia? _____

¿Consumes drogas ilícitas? **¿Nunca has dejado de fumar?** _____ **Sí**, cuánto/cómo often _____

¿Consumes cafeína? **No: Sí**, ¿de qué tipo y con qué frecuencia? _____

¿Cuánto ejercicio haces? **Ninguno Ocasional Moderado Pesado**

¿Tiene un testamento vital, una directiva anticipada o POLST? **Sí No** (en caso afirmativo, proporciónenos una copia para sus registros)

¿Eres adoptado? **Sí No** ¿Dificultad de transporte? **Sí No** ¿Ha visto a un dentista en el último año? **Sí No**

¿Tienes problemas para pagar cosas básicas como comida o vivienda? **Sí No**

Antecedentes de salud familiar:

Tuberculosis Sé lo más específico posible: por ejemplo, "abuela materna"

Número de contacto alternativo	Family Member	Información preferida de farmacia/laboratorio/diagnóstico o por imágenes:	Farmacia:	Family Member	Ubicación general (nombre de la ciudad y/o calle)
Alcohol Abuse			Epilepsy		
Allergies			Glaucoma		
Anemia			Heart Disease		
Asthma			High Cholesterol		
Blood Disorder			High Blood Pressure		
Cancer – what kind			Kidney Disease		
Nombre de la compañía de seguros			Dirección de la compañía de seguros		
Tomador de la póliza/garante (persona que tiene un seguro)			Información secundaria del seguro:		
Número de grupo			Número de teléfono		

¿Alguna vez has estado embarazada?

<u>Relación con el paciente</u>	<u>Birth Control Method</u>	<u>Información sobre el seguro de automóvil:</u>
Nombre de la compañía de seguros Menopause: No Yes , since age _____ How many days do your periods last? _____ Length of entire cycle: _____ Menstrual Flow: Light Medium Heavy Do you spot between periods? No Yes Date your last period started: _____ Date of last mammogram: _____	(circle all that apply) Número de reclamación Abstinence None Natural Family Planning Withdrawal Condoms Foam/Gel Diaphragm IUD Pill Patch Nuvaring Depo Vasectomy Tubal Hysterectomy Essure Implanon	Dirección de reclamaciones de la compañía de seguros No Yes How many children have you had? _____ Are they all living? No Yes Have you had a miscarriage? No Yes If yes, how many? _____ Have you had an abortion? No Yes If yes, how many? _____

Fecha de la última colonoscopia: _____

Si necesita una cita de inmediato, ¿para qué necesita que lo vean?

¿Cómo te enteraste de nosotros?

Redes sociales Referido por un paciente (nombre del paciente) _____

Búsqueda en la web Otro (especifique) _____

CONSENTIMIENTO Y CONDICIONES DE TRATAMIENTO/POLÍTICA FINANCIERA

Nombre del paciente: _____ ("Paciente") **Fecha de nacimiento:** ____/____/____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO. Doy mi consentimiento voluntario para el cuidado y tratamiento del Paciente por parte de **Santiam Mobile Medicine LLC**, que se conocerá como "PRÁCTICA".

("PRÁCTICA") y sus médicos, profesionales y personal afiliados, incluidos, entre otros, la atención médica, quirúrgica, de enfermería y terapéutica para pacientes ambulatorios; pruebas y procedimientos diagnósticos, de laboratorio y radiológicos; administración de fármacos o anestesia; y cualquier otro cuidado que el médico, profesional o miembro del personal que lo atienda lo considere razonablemente necesario o aconsejable. Si el personal de PRACTICE sufre un pinchazo con una aguja o está expuesto a sangre o fluidos corporales, doy mi consentimiento para que el paciente se someta a pruebas de detección de cualquier enfermedad transmitida por la sangre para la protección del personal de PRACTICE.

CONDICIONES PARA EL TRATAMIENTO EN LA PRÁCTICA. En consideración por la atención y el tratamiento que el Paciente recibirá o ha recibido en PRACTICE, acepto lo siguiente:

Pago. Acepto que soy responsable de cualquier copago, deducible u otros cargos por servicios al Paciente que no sean pagados por el seguro, los programas gubernamentales u otros pagadores, excepto según lo prohíba la ley aplicable o cualquier acuerdo entre mi compañía de seguros y PRACTICE. Acepto realizar dichos pagos de acuerdo con los términos de pago regulares de PRACTICE. Cuando corresponda, acepto presentar y cooperar con PRACTICE en la presentación de reclamos a entidades de las que se pueda obtener el pago, incluido cualquier programa gubernamental, compañía de seguros u otros terceros. Entiendo que seguiré siendo responsable de cualquier cantidad no pagada por el seguro o un tercero. Si la cuenta del paciente entra en mora, acepto pagar intereses y honorarios de acuerdo con las políticas de PRACTICE, incluidos, entre otros, los costos razonables de cobranza, los honorarios de la agencia de cobranza, los honorarios de abogados y los costos judiciales. Estoy de acuerdo en que cualquier pago en exceso cobrado por la admisión o el tratamiento del Paciente en esta ocasión puede aplicarse directamente a cualquier cuenta morosa del Paciente.

Cesión y Autorización. Por la presente asigno y autorizo el pago directo a PRACTICE de cualquier pago u otros beneficios a los que yo o el Paciente podamos tener derecho de cualquier programa gubernamental, compañía de seguros u otra entidad que sea o pueda ser responsable de los costos asociados con la atención del Paciente. Acepto que esta asignación no será retirada ni anulada en ningún momento hasta que la cuenta del Paciente se pague en su totalidad. En la medida en que dicha autorización sea requerida por las regulaciones aplicables, por la presente autorizo a Practice o a cualquier otro titular de información médica sobre el Paciente a divulgar dicha información a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y sus agentes según sea necesario para determinar los beneficios pagaderos por los servicios prestados al Paciente. Esta autorización no modificará ni limitará el derecho de Practice a usar o divulgar información médica protegida según lo permita la ley aplicable o el Aviso de Prácticas de Privacidad de Practice.

Prácticas de facturación. Entiendo y acepto que cualquier cotización de cargos por servicios prestados y/o beneficios de seguro disponibles son estimaciones basadas en la mejor información disponible en ese momento. PRACTICE puede modificar dichas cotizaciones y yo seré responsable de los cargos por los servicios realmente prestados. Entiendo y acepto que PRACTICE exigirá el pago de todas las cuentas en el momento en que se presten

los servicios, a menos que PRACTICE haya acordado expresamente acuerdos contrarios. Cuando el seguro esté disponible, PRACTICE facturará y permitirá un tiempo razonable para el compañía de seguros para pagar. Seré responsable de cualquier cantidad no cubierta por el seguro. En caso de que no se reciba el pago, se nos facturarán al paciente y a mí todos los cargos e intereses. El pago vence al recibir la factura.

NO HAY GARANTÍA. Entiendo y acepto que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han dado garantías con respecto a los resultados de la atención o el tratamiento del paciente en PRACTICE.

PERSONAS DE LAS QUE LA PRÁCTICA NO ES RESPONSABLE. Entiendo que PRACTICE solo es responsable de los actos de sus empleados que actúen dentro del alcance y curso de sus funciones. Entiendo que las personas que no son empleadas de PRACTICE pueden estar involucradas en mi atención o tratamiento, incluidos, entre otros, otros profesionales, laboratorios, instalaciones de pruebas de diagnóstico, contratistas, proveedores, técnicos de productos, etc. Entiendo que PRACTICE no es responsable de los actos u omisiones de personas que no son empleados o empleados de PRACTICE que actúan fuera del curso y alcance de sus deberes.

LESIONES CAUSADAS POR TERCEROS. Entiendo que si mi condición fue causada por el acto u omisión ilícitos de otra persona, se lo haré saber a la PRÁCTICA.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD. He recibido una copia o se me ha ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de PRACTICE en esta ocasión o en una ocasión anterior.

He leído, entiendo y acepto completamente este Consentimiento y Condiciones de Tratamiento. Certifico que soy el Paciente o el representante legalmente autorizado del Paciente y que tengo autoridad para ejecutar este Consentimiento y Acuerdo en nombre del Paciente. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre este Consentimiento y Condiciones de Tratamiento y he obtenido respuestas a mis preguntas a mi satisfacción.

Política financiera

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención primaria. Estamos comprometidos a brindar a nuestros pacientes atención médica asequible. Por favor, lea atentamente la siguiente declaración para que comprenda nuestra política financiera para pacientes.

Es posible que se requieran todos los copagos, deducibles y saldos de las cuentas, antes de que se presten los servicios, en cada visita al consultorio. También podemos solicitarle que pague un depósito contra su deducible. Este acuerdo es parte de su contrato con su compañía de seguros y el incumplimiento de nuestra parte en el cobro de copagos/coseguros y deducibles de nuestros pacientes puede considerarse fraude según la Ley Antisoborno. Por favor, ayúdenos a defender la ley pagando sus copagos/coseguros y deducibles en cada visita.

Servicios no cubiertos:

Tenga en cuenta que algunos, y quizás todos, de los servicios que su proveedor considera importantes, pueden no estar cubiertos o ser considerados razonables y necesarios por Medicare u otros seguros. Es posible que le pidamos que firme una exención de responsabilidad financiera antes de recibir estos servicios y que le solicitemos que pague por el servicio antes de que se preste el servicio. Tenga en cuenta que los servicios no cubiertos son responsabilidad financiera del paciente, lo que puede incluir cuestionarios de detección.

Comprobante de seguro válido y presentación de reclamos:

Todos los pacientes deben completar nuestro formulario de registro de pacientes antes de ver al proveedor de atención médica. Debemos obtener una copia de su tarjeta de seguro actual y válida. Si no nos proporciona, de manera oportuna, la información correcta del seguro, será responsable del saldo de su(s) reclamo(s) de seguro. Si hemos enviado su(s) reclamo(s) a la compañía de seguros que proporcionó, sin ningún error de nuestra parte, y no recibimos respuesta de su compañía de seguros después de 45 días, el(los) saldo(s) se le facturará automáticamente. Los beneficios de su seguro son un contrato entre usted y su compañía de seguros y nosotros

no somos parte de ese contrato. Si tiene preguntas relacionadas con por qué su seguro se procesó de cierta manera, deberá comunicarse con su compañía de seguros.

Pre-Certificación/Autorización de Seguro:

La clínica hará todo lo posible para precertificar y/u obtener una remisión por escrito para todos los servicios y procedimientos que se requieran, siempre que se proporcione a la clínica la información necesaria y correcta. Además, la clínica hará todo lo posible para certificar la autorización continua y las derivaciones según sea necesario. Sin embargo, es responsabilidad del paciente verificar que todas las autorizaciones y referencias estén archivadas y hayan sido aprobadas por su compañía de seguros.

Seguro fuera de la red:

Si la clínica no es un proveedor dentro de la red de su compañía de seguros, es posible que aún tenga beneficios fuera de la red que le permitirían ser atendido. En el caso de que su compañía de seguros le pague directamente por los servicios prestados, debe entregar el cheque a nuestra oficina dentro de los 7 días posteriores a la recepción.

Falta de pago:

Estamos aquí para ayudarlo con cualquier pregunta relacionada con la facturación o para establecer acuerdos de pago para satisfacer el saldo de su cuenta dentro de los 6 meses. Sin embargo, si no se ha acordado el pago o un acuerdo de pago mensual con nuestro departamento de facturación dentro de los 30 días posteriores a la acumulación del saldo del paciente, su cuenta puede estar sujeta a un cargo por pago atrasado de \$30. Es posible que consideremos necesario remitir los saldos de su cuenta a una agencia de cobro para su administración y nos reservamos el derecho de facturarle los honorarios de abogados que puedan acumularse debido a la falta de pago. Si tiene un historial de falta de pago, podemos optar por darle de alta a usted y a los miembros de su familia inmediata de nuestras instalaciones. Le enviaremos una carta por correo explicándole que tiene 30 días para encontrar atención médica alternativa. Durante esos 30 días, nuestro proveedor solo podrá tratarlo de emergencia. Por lo tanto, es muy importante que se comunique con nosotros si tiene dificultades para pagar su saldo.

Fondos insuficientes (NSF):

Los cheques devueltos por fondos insuficientes están sujetos a un cargo por reprocesamiento de \$30.00. Todos los saldos que parecían haber sido pagados, serán devueltos al saldo del paciente.

Citas perdidas: Nuestra política es cobrar \$25.00 por citas perdidas. Estos cargos serán su responsabilidad y se facturarán directamente a usted. Por favor, ayúdenos a servirle mejor asistiendo a su cita programada regularmente.

Para establecer un acuerdo de pago o discutir asuntos de dificultades financieras, háganoslo saber.

Para su comodidad, aceptamos pagos en efectivo, cheque, giro postal, Visa, MasterCard, American Express y Discover.

Como paciente o tutor legal de un paciente menor de edad, acepto pagar todos los servicios prestados de acuerdo con los términos y condiciones establecidos en la política financiera de la oficina como se indicó anteriormente. También acepto pagar cargos de servicio por saldos vencidos y citas perdidas.

(Nombre en letra de imprenta)

(Fecha)

(Firma)

Relación con el paciente/autoridad

Autorización para usar/divulgar información médica protegida

Autorizo:

(Nombre de la persona/clínica que está divulgando información de salud, como PCP o especialistas anteriores)

LLENE LOS FORMULARIOS SEPARADOS PARA CADA LUGAR

Usar y divulgar la información de salud que se describe a continuación con respecto a:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del lugar al que debe enviarse la información:

Medicina móvil de Santiam - 1881 W Washington St. Stayton, OR 97383

●Teléfono:(503) 507-5356 ● Fax:(866) 225-2708

Tipo de información que se divulgará: ____ Notas de visitas al consultorio de los últimos 2 años ____ Resultados de laboratorio y pruebas de los últimos 2 años ____ Lista actual de medicamentos ____ Otros - Por favor, describe _____

Con el propósito de: ____ Atención al paciente ____ Otro - por favor describe _____

Si la información que se divulgará contiene alguno de los tipos de registros o información que se enumeran a continuación, es posible que se apliquen leyes adicionales relacionadas con el uso y la divulgación de la información. Entiendo y acepto que esta información se divulgará si coloco mis iniciales en el espacio correspondiente junto al tipo de información:

____ Información sobre diagnóstico, tratamiento o derivación de la dependencia del alcohol/sustancias químicas ____

Información sobre pruebas genéticas ____ Información sobre el VIH/SIDA ____ Información sobre salud mental

Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación y ya no está protegida por la ley federal. Sin embargo, también entiendo que la ley federal o estatal puede restringir la redivulgación de información sobre el VIH/SIDA, información de salud mental, información de pruebas genéticas y diagnóstico, tratamiento o información de referencia sobre drogas / alcohol y requerir específicamente mi autorización antes de la redivulgación.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE No es necesario que firme esta autorización. La negativa a firmar la autorización no afectará negativamente su capacidad para recibir servicios de atención médica o el reembolso de los servicios. La única circunstancia en la que negarse a firmar significa que no recibirá servicios de atención médica es si los servicios de atención médica representan un tratamiento relacionado con la investigación y la autorización es necesaria para participar en el estudio de investigación y recibir un tratamiento relacionado con la investigación.

Puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Si revoca su autorización, la información descrita anteriormente ya no podrá ser utilizada o divulgada para los fines descritos en esta autorización por escrito. Cualquier uso o divulgación ya realizada con su permiso no se puede deshacer. Para revocar esta autorización, envíe una declaración por escrito a la práctica anterior aplicable e indique que está revocando esta autorización.

A menos que se revoque, esta autorización expira: _____ o 12 meses a partir de la fecha de esta autorización. (Inserte la fecha o el evento aplicable)

He leído esta autorización y la entiendo.

Firma del paciente o representante legal: _____ **Relación con el paciente:** _____ **Fecha:** _____

Autorización para usar/divulgar información médica protegida

Autorizo:

(Nombre de la persona/clínica que está divulgando información de salud, como PCP o especialistas anteriores)

LLENE LOS FORMULARIOS SEPARADOS PARA CADA LUGAR

Usar y divulgar la información de salud que se describe a continuación con respecto a:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del lugar al que debe enviarse la información:

Medicina móvil de Santiam - 1881 W Washington St. Stayton, OR 97383

●Teléfono:(503) 507-5356 ● Fax:(866) 225-2708

Tipo de información que se divulgará: ____ Notas de visitas al consultorio de los últimos 2 años ____ Resultados de laboratorio y pruebas de los últimos 2 años ____ Lista actual de medicamentos ____ Otros - Por favor, describe _____

Con el propósito de: ____ Atención al paciente ____ Otro - por favor describe _____

Si la información que se divulgará contiene alguno de los tipos de registros o información que se enumeran a continuación, es posible que se apliquen leyes adicionales relacionadas con el uso y la divulgación de la información. Entiendo y acepto que esta información se divulgará si coloco mis iniciales en el espacio correspondiente junto al tipo de información:

____ Información sobre diagnóstico, tratamiento o derivación de la dependencia del alcohol/sustancias químicas ____

Información sobre pruebas genéticas ____ Información sobre el VIH/SIDA ____ Información sobre salud mental

Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación y ya no está protegida por la ley federal. Sin embargo, también entiendo que la ley federal o estatal puede restringir la redivulgación de información sobre el VIH/SIDA, información de salud mental, información de pruebas genéticas y diagnóstico, tratamiento o información de referencia sobre drogas / alcohol y requerir específicamente mi autorización antes de la redivulgación.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE No es necesario que firme esta autorización. La negativa a firmar la autorización no afectará negativamente su capacidad para recibir servicios de atención médica o el reembolso de los servicios. La única circunstancia en la que negarse a firmar significa que no recibirá servicios de atención médica es si los servicios de atención médica representan un tratamiento relacionado con la investigación y la autorización es necesaria para participar en el estudio de investigación y recibir un tratamiento relacionado con la investigación.

Puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Si revoca su autorización, la información descrita anteriormente ya no podrá ser utilizada o divulgada para los fines descritos en esta autorización por escrito. Cualquier uso o divulgación ya realizada con su permiso no se puede deshacer. Para revocar esta autorización, envíe una declaración por escrito a la práctica anterior aplicable e indique que está revocando esta autorización.

A menos que se revoque, esta autorización expira: _____ o 12 meses a partir de la fecha de esta autorización. (Inserte la fecha o el evento aplicable)

He leído esta autorización y la entiendo.

Firma del paciente o representante legal: _____ **Relación con el paciente:** _____ **Fecha:** _____

Autorización para compartir información médica

Nombre impreso del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Firma del paciente/tutor legal/padre (**firma aquí**) _____

Necesitamos su permiso, por ley, para poder comunicarnos verbalmente con su cónyuge, familia, cuidadores, padres (si es mayor de 18 años). Es posible que necesitemos comunicarnos verbalmente con estas personas cuando discutamos sus citas, información financiera o de cuenta, discutamos los tratamientos realizados o necesarios. Cierta información que **no** se compartirá sin el consentimiento previo por escrito incluye pruebas genéticas, salud mental, información sobre drogas y alcohol, VIH/SIDA.

Indique a continuación los nombres de las personas con las que podemos comunicarnos verbalmente con respecto a sus citas, información financiera o de cuenta, su tratamiento realizado o necesario:

1. Mi cónyuge _____

2. Mi familia _____

3. Cuidadores _____

4. Mis padres _____

5. Otro _____

6. Ponga sus iniciales aquí si no desea permitir que su información se comparta con nadie, incluido su cónyuge, familia o cualquier otra persona: _____

Si nos autoriza a dejar un mensaje detallado con respecto a su atención médica/información médica, háganos saber qué **número de teléfono** _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Medicina Móvil Santiam
Telemedicina/Telesalud/Formulario seguro de consentimiento para citas por video en línea

Consentimiento para el tratamiento: Doy mi consentimiento para la atención de telesalud/telemedicina realizada por mi médico y todos los demás proveedores de atención médica asociados en Santiam Mobile Medicine. Esto incluye exámenes, pruebas de diagnóstico, tratamiento y otros servicios de atención médica que se consideren médicamente necesarios a juicio profesional de los Proveedores. Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que el diagnóstico y el tratamiento pueden causar lesiones o incluso la muerte. También entiendo que tengo la opción de rechazar la prestación de servicios de atención médica por telesalud/telemedicina en cualquier momento sin afectar mi derecho a atención o tratamiento futuro, y sin arriesgarme a perder o retirar cualquier beneficio al que de otro modo tendría derecho. Si estoy embarazada, este consentimiento también se aplica a mi feto.

Consentimiento para servicios de telesalud/telemedicina: La telesalud/telemedicina implica la transmisión de video, fotografías y/o detalles de mi historial médico, como radiografías y resultados de pruebas (colectivamente, "Datos"). Todos los Datos se envían por medios electrónicos seguros a los Proveedores para facilitar el servicio médico que se está realizando. Lo entiendo:

- Se me informará de cualquier otra persona que esté presente en cualquiera de los extremos del encuentro de telesalud/telemedicina y que tenga derecho a excluir a cualquier persona de cualquiera de los dos lugares.
- Todas las protecciones de confidencialidad requeridas por la ley o el reglamento se aplicarán a mi atención.
- Tengo derecho a rechazar o dejar de participar en los servicios de telesalud/telemedicina en cualquier momento y solicitar servicios alternativos, como una cita en persona. Sin embargo, entiendo que es posible que los servicios equivalentes en persona no estén disponibles en el mismo lugar que los servicios de telesalud/telemedicina.
- Si no quiero recibir servicios de atención médica por telesalud/telemedicina, esto no afectará mi derecho a atención o tratamiento futuro, ni a ningún beneficio de seguro/programa al que de otro modo tendría derecho.
- Si ocurre una emergencia durante un encuentro de telesalud/telemedicina, se llamará al 911 y su proveedor permanecerá en el video hasta que llegue la ayuda.

Registros y divulgación de información: Los datos transmitidos pueden formar parte de mi expediente médico. Los datos no se transmitirán a personas ajenas a mi equipo de atención médica, excepto como se describe a continuación, y/o si doy mi consentimiento adicional.

- Tendré acceso a toda la información de mi expediente médico resultante de los servicios de telesalud/telemedicina que tendría para una visita similar en persona, según lo dispuesto por las leyes federales y estatales.
- El Proveedor puede usar o divulgar mi información de salud para tratamiento, continuidad de la atención, pago u operaciones internas, o cuando lo exija la ley o el reglamento en ciertas situaciones únicas.
- Todas las divulgaciones de información están sujetas a las mismas leyes y regulaciones que la atención en persona.

Acuerdo de pago/Asignación de beneficios: Acepto ser responsable de cualquier copago, deducible u otros cargos de los Proveedores y sus proveedores que no estén cubiertos o pagados por el seguro o sus terceros pagadores,

excepto según lo prohíba cualquier ley estatal o federal, o cualquier acuerdo entre mi compañía de seguros y los Proveedores de Santiam Mobile Medicine. Autorizo a los Proveedores y a Santiam Mobile Medicine a presentar reclamos para el pago de cualquier parte de las facturas del paciente y a ceder todos los derechos y beneficios pagaderos por los servicios de atención médica al proveedor u organización que brinda los servicios. Estoy de acuerdo, sujeto a las disposiciones estatales y federales

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

ley para pagar todos los costos, honorarios de abogados, gastos, cargos morosos e intereses en caso de que los Proveedores o Santiam Mobile Medicine tengan que tomar medidas para cobrar los mismos debido a que no puedo pagar todos los cargos incurridos en su totalidad. Es mi responsabilidad saber qué proveedores y servicios de telesalud/telemedicina están cubiertos por mi plan de seguro.

Entiendo que se me puede facturar y acepto pagar todas las facturas enviadas por los Proveedores, Santiam Mobile Medicine y/u otros proveedores involucrados en la prestación de servicios de telesalud/telemedicina. Consentimiento para ser contactado (Ley de Protección al Consumidor Telefónico): Al proporcionar un número de teléfono (fijo o celular) u otro dispositivo inalámbrico, acepto que para que los Proveedores, Santiam Mobile Medicine y/u otros proveedores involucrados en la prestación de servicios de telesalud/telemedicina presten servicios a mi(s) cuenta(s) (incluido el contacto conmigo sobre recordatorios de citas, encuestas, obtención de posible asistencia financiera para mi(s) cuenta), o para cobrar cualquier monto que pueda adeudar, los Proveedores, Santiam Mobile Medicine y/u otros proveedores involucrados en la prestación de servicios de telesalud/telemedicina pueden comunicarse conmigo a los números de teléfono proporcionados, lo que podría resultar en cargos para mí. Doy mi consentimiento expreso para que los métodos de contacto puedan incluir mensajes de texto SMS, llamadas telefónicas, incluida la tecnología automatizada, como un dispositivo de marcación automática, mensajes pregrabados y mensajes de voz artificiales, según corresponda. Este consentimiento se aplica a todos los servicios y la facturación asociados con mi(s) cuenta(s) y no es una condición para comprar servicios.

Al firmar este documento, usted acepta el consentimiento anterior para el tratamiento y los servicios a través de Telesalud/Telemedicina.

(Nombre en letra de imprenta)

(Fecha)

(Firma)

Relación con el paciente/autoridad

