



Medicina Móvil Santiam  
1881 W Washington St.  
Stayton, OR 97383  
Teléfono: 503-507-5356  
Fax: 866-225-2708  
Correo electrónico: [Info@SantiamMobileMedicine.com](mailto:Info@SantiamMobileMedicine.com)  
Sitio web: [www.santiammobilemedicine.com](http://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.santiammobilemedicine.com](http://www.santiammobilemedicine.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 recetamos sustancias controladas a largo plazo, incluidos analgésicos opioides (es decir, oxicodona, hidrocodona, tramadol, codeína, morfina, etc.), podemos derivarlo a una clínica del dolor para ayudar a controlar su dolor crónico. NO recetamos benzodiazepinas (es decir, lorazepam, alprazolam, clonazepam, diazepam, etc.).**

➤ **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**

<b>Patient Information</b>			
<b>Nombre</b>		<b>M.I</b>	<b>Apellido</b>
<b>Nombre preferido</b>		<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Sexo</b>
Carrera: (marque uno) <input type="checkbox"/> se niegan a responder <input type="checkbox"/> Asiáticos <input type="checkbox"/> Indios Americanos/Nativos de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de <input type="checkbox"/> Blanco de Hawái/Isleño del Pac. <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Otros		Etnia: (marque uno) <input type="checkbox"/> se niegan a responder <input type="checkbox"/> no hispanos/latinos <input type="checkbox"/> cubanos <input type="checkbox"/> Dominicanos <input type="checkbox"/> Hispanos o Latinos/Espanoles <input type="checkbox"/> Latinoamericanos/Latinos, Latinos <input type="checkbox"/> Mexicanos <input type="checkbox"/> Centroamericano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Sudamericano <input type="checkbox"/> Español	
<b>Identidad de género: (marque uno)</b> <input type="checkbox"/> Opta por no revelar <input type="checkbox"/> identifica como hombre <input type="checkbox"/> se identifica como mujer <input type="checkbox"/> Transgénero Hombre/Mujer a Hombre (FTM) <input type="checkbox"/> Transgénero Femenino/Hombre a Mujer (MTF) <input type="checkbox"/> No conforme con el género <input type="checkbox"/> Categoría de género adicional/otro, especifíquese		<b>Sexo asignado al nacer: (marque uno)</b> <input type="checkbox"/> Opta por no revelar <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Desconocido	
<b>Estado de Relacion:</b>		<b>Lengua maternal:</b>	
<b>Dirreccion:</b>			
<b>Ciudad</b>		<b>Estado:</b>	<b>Zip:</b>
<b>Telefono De Casa:</b>	<b>Telefono del trabajo:</b>	<b>Numero de celular:</b>	<b>Preferred Phone: (check one)</b> <input type="checkbox"/> telefone de Casa <input type="checkbox"/> telefono del Trabajo <input type="checkbox"/> Celular
<b>Numero de fax (if applicable) :</b>		<b>Correo Electronic:</b>	

Modo de Comunicacion <input type="checkbox"/> Correo Electronico <input type="checkbox"/> Cellular <input type="checkbox"/> Portal		Notas del paciente			
<input type="checkbox"/> <i>Check here if same as above</i>		<b>Informacion del garante:</b> (persona que es financiar responsable)			
Nombre	M.I.	Apellido	Sexo	Fecha de naciemnto	SSN (optional)
Dirreccion		Ciudad	Estado	Zip	Estado de relacion
Telefono de casa		Telefono del trabajo	Numero de celular		Preferred Phone: (check one) <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Cell
Relationship to Patient		Email Address			
<b>Contacto de Emergencia:</b>					
Nombre		Apellido		Relacion al paciente	
Numero de celular			Número de teléfono alternativo		
<b>Información de contacto de los familiares más cercanos :</b>					
Nombre		Apellido		Relacion al Paciente	
Numero de celular			úmero de teléfono alternativo		
<b>Empleo:</b>					
Nombre de empleo		Numero de empleo		Ocupación habitual	
<b>Guardián:</b>					
Nombre		Apellido		Relacion al paciente	
Numero de contacto			Numero de telefono alternativo		
<b>preferida de farmacia/laboratorio/diagnóstico por imágenes:</b> Ubicación general (nombre de la ciudad y/o calle)					
FARMACIA:					
LABORATORIO:					
IMAGING:					

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Relación con el paciente

Consulta aquí si no tienes seguro Información del seguro primario:

Nombre de aseguranza	Numero de poliza	Numero de grupo
Address of Insurance Company	Tiene copago? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Sí - Monto del Pago _____	Numero de celular
Información para el paciente	Policy Holder's Fecha de nacimiento & 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)

Sexo asignado al nacer: (marque uno)	Número de reclamación
Estado civil	Fecha del accidente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Historial de salud personal

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

Por favor, Marque todo lo que corresponda:

\*ADD/ADHD\_\_\_\_\_ \* Trastorno de la sangre\_\_\_\_\_ \* Epilepsia\_\_\_\_\_ \* Hepatitis\_\_\_\_\_ \* Migrañas\_\_\_\_\_ \* SIDA\_\_\_\_\_ \* 8 \*  
\*Transfusión de sangre\_\_\_\_\_ \*Úlcera gástrica\_\_\_\_\_ \* Hernia hiatal\_\_\_\_\_ \* Mononucleosis\_\_\_\_\_ \* Alcoholismo\_\_\_\_\_ \* Cáncer  
(de qué tipo)\_\_\_\_\_ \* Herpes genital\_\_\_\_\_ \* Hernia inguinal\_\_\_\_\_ \* Paperas\_\_\_\_\_ \* Anemia\_\_\_\_\_ \*verrugas genitales\_\_\_\_\_ \* VIH\_\_\_\_\_  
\* Artrosis\_\_\_\_\_ \*Anorexia\_\_\_\_\_ \*varicela\_\_\_\_\_ \* ERGE\_\_\_\_\_ \* colesterol alto\_\_\_\_\_ \*osteoporosis\_\_\_\_\_ \* Neumonía por presión  
arterial alta\_\_\_\_\_ \* Latidos cardíacos irregulares\_\_\_\_\_ \* EPOC\_\_\_\_\_ \* Bocio\_\_\_\_\_ \* Disfunción eréctil\_\_\_\_\_ \* Fiebre reumática\_\_\_\_\_  
\* Artritis\_\_\_\_\_ \*Depresión\_\_\_\_\_ \*Gonorrea\_\_\_\_\_ \*Colon irritable\_\_\_\_\_ \* Escarlatina\_\_\_\_\_ \* Asma\_\_\_\_\_ \* Diabetes\_\_\_\_\_ \* Gota tipo  
1\_\_\_\_\_ \* Enfermedad renal\_\_\_\_\_ \* Golpe\_\_\_\_\_ \* Dolor de espalda\_\_\_\_\_ \* Diabetes tipo 2\_\_\_\_\_ \* Pérdida de audición\_\_\_\_\_ \*  
Infección renal\_\_\_\_\_ \*Enfermedad de la tiroides\_\_\_\_\_ \*Trastorno bipolar\_\_\_\_\_ \* Adicción a las drogas\_\_\_\_\_ \* Ataque cardíaco\_\_\_\_\_  
\* Cálculos renales\_\_\_\_\_ \* Tuberculosis\_\_\_\_\_ \*Infecciones de la vejiga\_\_\_\_\_ \*Eczema\_\_\_\_\_ \* Enfermedad cardíaca\_\_\_\_\_ \*Enfermedad  
hepática\_\_\_\_\_ \* Tos ferina\_\_\_\_\_ \*Legalmente ciego\_\_\_\_\_ \* \* Enfisema\_\_\_\_\_ \* Hemorroides\_\_\_\_\_ \* \*Sarampión\_\_\_\_\_ \* Otros

### Año de realización

Lengua materna	Año hecho	Dirección postal	Año hecho

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

Allergico a:	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 por imágenes:	Farmacia:	Family Member	Ubicación general (nombre de la ciudad y/o calle)
Abuso de alcohol			Epilepsia		
Alegrias			Glaucoma		
Anemia			Enfermedad cardíaca		
Asthma			Colesterol alto		
Trastorno de la sangre			Presión arterial alta		
Cancer – que tipo			Nefropatía		
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> <small>(circle all that apply)</small>	<u>Información sobre el seguro de automóvil:</u>
Nombre de la compañía de seguros	Número de reclamación Abstinence None	Dirección de reclamaciones de la compañía de seguros <b>No</b> <b>Yes</b>
Menopause: <b>No</b> <b>Yes</b> , since age _____	Retiro de la Planificación Familiar Natural	¿Cuántos hijos has tenido? _____
¿Cuántos días duran tus períodos? _____	Preservativos Espuma/Gel Diafragma	¿Están todos vivos? No o Sí ?
Duración de todo el ciclo: _____	Parche de píldora para DIU Nuvaring	¿Has tenido un aborto espontáneo? No o Sí
Flujo menstrual: Ligero, Medio, Abundante	Depo Vasectomía Tubárica	En caso afirmativo, ¿cuántos? _____
¿Detectas entre períodos? No o Sí	histerectomía Essure Implanon	¿Has tenido un aborto? No Sí
Fecha en que comenzó su último período: _____		En caso afirmativo, ¿cuántos? _____
Fecha de la última mamografía: _____		

**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)

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)

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