

## **POLITICA DE LA PRACTICA Y ACUERDO FINANCIERO**

Allergy & Asthma Texas Health le da la bienvenida. Apreciamos la oportunidad de trabajar con usted. La siguiente información es proporcionada para su beneficio de manera que podamos servirle mejor. Por favor lea cuidadosamente y firme al final del documento.

1. **CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO.** Otorgo consentimiento a cualquier tratamiento, prueba o procedimiento ordenado y dado bajo la supervisión de la Dra. Elizalde. Reconozco que no garantía es hecha con respecto a los resultados del tratamiento médico que aquí autorizo.
2. **PAGOS.** Allergy & Asthma Texas Health presenta solicitud de pago a los seguros médicos con los cuales participamos. Aceptamos pagos por servicios cubiertos por estos planes médicos de acuerdo a nuestro contrato. Nuestros pacientes son responsables de cubrir los gastos de co-seguro y deducible. Nuestros pacientes también son responsables por cualquier y todos los pagos correspondientes a servicios no cubiertos por su seguro médico. Todos los cargos que aplican, deducibles, co-seguro o co-pagos deben ser pagados al tiempo de su visita. Aceptamos efectivo o tarjeta de crédito.
3. **PRUEBAS DIAGNOSTICAS.** Pruebas cutáneas de alergia, pruebas de respiración y otras pruebas, recomendados por el médico, tienen un cargo adicional; separado de su visita. Es su responsabilidad conocer los beneficios incluidos en su plan médico. Con gusto proporcionamos estimados de sus cargos totales.
4. **CANCELACIONES. Si necesita cancelar su cita, asegúrese de llamarnos al menos 48 horas antes de su cita.** Sera requerido un depósito de \$50.00 si hace cita después de hacer cancelado en 2 ocasiones anteriores.
5. **HORA DE LA CITA.** Pedimos que nuestros pacientes lleguen a tiempo a sus citas. Esto facilitará nuestra capacidad para verlo como está previsto. Su cita podría ser reprogramada si llega más de 15 minutos después de la hora de su cita. Esto es parte de nuestro esfuerzo para servir bien a todos nuestros pacientes.
6. **REFERENCIAS.** Si su póliza de seguro médico requiere una autorización por escrito por parte de su médico primario, usted es responsable de su obtención. Nosotros solicitamos autorización por adelantado de los pacientes establecidos. Esto se hace como una cortesía para nuestros pacientes. Sin embargo, no podemos garantizar que la autorización será concedida. Por favor, mantenga contacto con su médico primario para garantizar que su visita es pre-aprobada y así evitar tener que hacer pagos en su totalidad.
7. **CAMBIO DE INFORMACION.** Por favor proporcione cualquier cambio en su dirección, número de teléfono o información de seguro médico tan pronto como sea posible. Si cambia de seguro, requerirá completar la Forma de Información del Paciente Nuevo y no puede ser cambiado por teléfono.
8. **SOLICITUD DE RENOVACION DE RECETA (REFILLS).** Por favor, contacte primero a su farmacia antes de que se le acabe la medicina. **La solicitud de renovación de receta a través de nuestra oficina se lleva a cabo durante horas de oficina.**
9. **CUIDADO DESPUES DE HORAS DE OFICINA.** Si necesita hablar con la Dra. Elizalde después de horas de oficina, por favor llame a la clínica al (210) 899-6856 y deje un mensaje. Ella le regresará la llamada tan pronto como sea posible. En una emergencia de vida o muerte, llame al 9-1-1.
10. **SOLICITUD DE COPIAS DEL EXPEDIENTE MEDICO.** Solicitud de copias de su expediente de medicamentos debe ser hecha por escrito en una forma proporcionada por nuestra clínica. Nuestra oficina le responderá dentro de 15 días hábiles para completar adecuadamente solicitud por escrito. COSTO: De acuerdo con las normas adoptadas por la Junta Estatal de Examinadores Médicos, nuestra oficina cobrará por copiar records.
11. **LLENAR FORMAS.** Nuestra oficina responderá a las solicitudes para completar formas de FMLA y discapacidad después de recibir un pago de \$ 25.00. Por favor, espere cinco días hábiles para su conclusión.
12. **FORMAS PERDIDAS.** Nuestra oficina responderá a la solicitud para reemplazar formas/ordenes de laboratorio perdidas después de recibir un pago de \$10.00.
13. **RESULTADOS DE LABORATORIO. LAB RESULTS. Si viene a una cita para discutir resultados de laboratorio, por favor llame a nuestra oficina 1-2 días antes de su cita para asegurarse que el laboratorio nos ha enviado sus resultados.**
14. **RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:**  
Yo, \_\_\_\_\_ he recibido o revisado una copia de las prácticas de privacidad por parte de Allergy & Asthma Texas Health.

Yo, el aval de pago y parte responsable, acepto las políticas anteriores y estoy de acuerdo con los términos de pago y responsabilidades. Autorizo que mi información médica necesaria sea liberada con el propósito de procesamiento de reclamos con mi seguro médico; doy permiso que una copia de esta autorización sea usada en lugar del documento original.

Nombre y Firma del Paciente o Guardián Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_