

POLITICA DE LA PRACTICA Y ACUERDO FINANCIERO

Allergy & Asthma Texas Health le da la bienvenida! Por favor lea cuidadosamente y firme al final del documento.

1. **DERECHOS HUMANOS.** Usted tiene el derecho de ser tratado con respeto independientemente de la raza, color, estado civil, religión, genero, nacionalidad, ascendencia, discapacidad física o mental o capacidades diferentes, edad, o en otros aspectos no permitidos por las leyes y regulaciones federales, estatales o locales.
2. **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. Entiendo que precauciones consistentes con las mejores prácticas medicas se llevaran a cabo para protegerme en caso de reacciones adversas a procedimientos diagnósticos o tratamiento incluyendo, pero no limitado a pruebas de alergia, inmunoterapia y servicios de infusiones.
3. **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 con nuestro contrato. **Los pacientes son responsables de cubrir los gastos de co-seguro y deducible. Los 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. No aceptamos cheques.**
4. **MENSAJES.** Consultar al doctor por medio de mensajes electrónicos (i.e Spruce o en el portal del paciente de Athena) podría ser cobrado de acuerdo a lo establecido en el contrato que usted tiene con su seguro médico. Preguntas o inquietudes que no son urgentes serán contestadas en 1-3 días hábiles. Contacte su centro médico si requiere atención inmediata o marque 9-1-1 si es una emergencia. Actualizaciones o preguntas extensas sobre su condición médica que resultan después de su cita son atendidas de mejor manera solicitando otra cita.
5. **SPRUCE TEXTING.** Cuando envíe mensajes de texto a la oficina después de la cita inicial, limite la comunicación a 1-2 renglones. Spruce no es un chat en vivo. Mal uso de la aplicación de texto podría resultar en suspender su cuenta. Hay opciones para enviar mensajes directos a la Dra. Elizalde a través de servicios de medicina concierge y membresía. Contacte nuestro staff si desea saber mas de este y otros servicios extras que no cubren los seguros de salud.
6. **PORTAL DE ATHENA.** Le da acceso a su expediente médico, mensajes a la doctora, información sobre sus citas, cobros y pagos.
Registrarse en <https://19634.portal.athenahealth.com/>
7. **SERVICIOS FUERA DE LA CITA.** Podríamos cobrar por trabajo que se realiza antes o después de una cita más allá del trabajo típico que se hace antes y después de una cita. Ejemplos incluye, pero no está limitado a revisión de documentos y expediente medico extenso o el coordinar sus servicios de salud comunicándonos con otras entidades en su nombre. Esto es particularmente importante en pacientes en quienes manejamos condiciones crónicas complejas que ponen al paciente en riesgo de hospitalización, decline físico o cognitivo, o muerte. Si usted tiene al menos una condición crónica de alto riesgo que espera durara mas de tres meses, (ejemplos incluyen pero no esta limitado a asma, alergia a alimentos o inmunodeficiencia) su seguro puede pagar a su medico para ayudarle a manejarla.

8. **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. Sus beneficios pueden cambiar si cambia de plan medico en medio de su tratamiento.
9. **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.
10. **HORA DE LA CITA.** Pedimos que nuestros pacientes llegan 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 tarde. Esto es parte de nuestro esfuerzo para servir bien a todos nuestros pacientes.
11. **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.
12. **CAMBIO DE INFORMACION.** Por favor proporcione cualquier cambio en su dirección, número de teléfono o información de seguro médico tan pronto como sea posible.
13. **COORDINACION DE BENEFICIONS.** Si usted tiene mas de 1 seguro médico, debe informar a cada uno de los seguros sobre la existencia del otro. De otra manera, los seguros podrían no cubrir sus gastos médicos en lo absoluto y seria responsabilidad de usted cubrir el pago.
14. **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** y puede durar 1-3 días hábiles. Le recomendamos bajar la aplicación de su farmacia en su teléfono celular, así puede manejar sus recetas mas fácilmente.
15. **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.
16. **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.
17. **LLENAR FORMAS.** Nuestra oficina responderá a las solicitudes para completar formas de FMLA y discapacidad después de recibir un pago de \$ 50.00. Plan de emergencia en caso de alergia o plan de asma son proporcionados sin costo. Cualquier otra forma de la escuela será completada al recibir un pago por \$10.00. Por favor, espere cinco días hábiles para su conclusión. Si necesita que completemos formas de manera expedita, estará lista dentro de 24 horas de recibir un pago por \$25.00. Si hace la solicitud en viernes en la tarde o en fin de semana, la forma será completada dentro del siguiente día hábil.
18. **FORMAS PERDIDAS.** Nuestra oficina responderá a la solicitud para reemplazar formas/ordenes de laboratorio perdidas después de recibir un pago de \$10.00.
19. **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.** Baje la aplicación de su laboratorio para que tenga acceso a sus resultados.
20. **MEDIDAS DE SEGURIDAD.** Usted es responsable de la supervisión de los niños que trae a la clínica. Usted es responsable por su seguridad y protección de otros clientes y objetos en el

establecimiento. La practica no es responsable por objetos personales del paciente o acompañantes en el establecimiento o estacionamiento. La practica no es responsable por objetos personales perdidos o robados.

21. **QUEJAS.** Si no esta satisfecho con nuestros servicios, por favor envíe un mensaje de correo electrónico a info@aathealth.com. La practica no le castigara, discriminara o tomara represalias en su contra por poner una queja valida y continuara otorgando servicios.
22. **TERMINACION.** Los pacientes a los cuales podríamos dar de baja de la práctica incluye pero no esta limitado a:
 - A. No venir a sus citas
 - B. Falla intencional de no reportar información correcta acerca de su salud
 - C. Manipulación de recetas o formas
 - D. Falla intencional de reportar estado financiero o no cumplir con pagos
 - E. Nuestra practica tiene **CERO tolerancia** a abuso, hostigamiento, o violencia de cualquier tipo. Una personal que causa o amenaza en causar abuso, hostigamiento o violencia de cualquier tipo es sujeto a terminación inmediata como paciente de la practica y desalojo del establecimiento.
23. **RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:** Usted tiene derecho a que sus entrevistas, exámenes y tratamiento en privado. Su expediente medico también es privado. Una discusión completa de sus derechos de privacidad serán dadas a usted junto con este documento.
24. **GRABACION DE LLAMADAS TELEFONICAS.** Las llamada telefónicas podrías ser grabadas para control de calidad, estas son almacenadas de acuerdo a las practicas de privacidad mencionadas en el punto anterior.

Yo, [REDACTED] 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: [REDACTED]

Fecha: [REDACTED]