



RHEUMATOLOGY INSTITUTE
OF SAN ANTONIO

Formulario Demográfico del Paciente

Nombre de Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono _____ Celular Casa Trabajo

Número de Teléfono _____ Celular Casa Trabajo

Correo Electrónico: _____

Método de contacto preferido: Celular Casa Trabajo Correo Electrónico

¿Autoriza recibir recordatorios de cita por mensaje de texto? Sí No

¿Autoriza recibir recordatorios de cita por correo electrónico? Sí No

Nombre del Médico de Atención Primaria: _____

Número de Teléfono: _____ Número de Fax: _____

Nombre de la Farmacia: _____

Número de Teléfono: _____ Número de Fax: _____

Contacto de Emergencia: _____

Número de Teléfono: _____ Relación: _____

Al firmar, reconozco que la información proporcionada es precisa y completa según mi leal saber y entender. Afirmo que soy el paciente o el representante legal autorizado del paciente.

X

Firma del Paciente o Parte Responsable

Fecha



RHEUMATOLOGY INSTITUTE
OF SAN ANTONIO

Reconocimiento del Aviso de Privacidad HIPAA

Reconozco que he leído el Aviso de Privacidad de HIPAA del Instituto de Reumatología de San Antonio. Entiendo que puedo autorizar a los siguientes familiares y/o amigos a recibir información sobre mi atención médica, incluyendo detalles de citas, facturación/seguro y/o expedientes médicos.

- NO autorizo la divulgación de ninguna información médica a nadie más que a mí mismo.
- SÍ autorizo la divulgación de mi información médica a las siguientes personas.

Personas Autorizadas para Recibir Mi Información Médica:

Nombre: _____ Relación: _____ Telefono: _____
Nombre: _____ Relación: _____ Telefono: _____

Esta autorización aplica a:

- Detalles de citas
- Facturación y seguro
- Expedientes médicos y resultados de exámenes
- Todo lo anterior

Esta autorización permanecerá vigente a menos que sea modificada o revocada por escrito por mí.

En general, la Ley de Privacidad HIPAA otorga a los individuos el derecho de solicitar restricciones sobre el uso y la divulgación de su Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés). También tiene derecho a solicitar comunicaciones confidenciales (por ejemplo, que la correspondencia se envíe a su lugar de trabajo en lugar de su domicilio).

X

Firma del Paciente o Parte Responsable

Fecha



RHEUMATOLOGY INSTITUTE
OF SAN ANTONIO

Historial Médico

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Motivo de la Visita: _____

Historial Médico Sin historial médico

Seleccione todas las condiciones médicas por las que está recibiendo tratamiento actualmente:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Cancer: _____ | <input type="checkbox"/> Trastorno de Tiroides | <input type="checkbox"/> Alergias Estacionales |
| <input type="checkbox"/> Presión Alta | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Fibromialgia |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Sjögren | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide | <input type="checkbox"/> Artritis Psoriásica |
| <input type="checkbox"/> Osteoarthritis | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Arteritis de Células Gigantes | <input type="checkbox"/> Migrañas |
| <input type="checkbox"/> Lupus | <input type="checkbox"/> Espondilitis Anquilosante | <input type="checkbox"/> Other: _____ | |

Social History

¿Usa tabaco? Sí No

¿Consume alcohol? Sí No

Historial Quirúrgico Sin historial quirúrgico

Procedimiento: _____ Fecha: _____

Historial Familiar

¿Tiene algún historial familiar de enfermedades autoinmunes? Sí No

Condición: _____ Relación: _____

Condición: _____ Relación: _____



RHEUMATOLOGY INSTITUTE
OF SAN ANTONIO

Medical History

Nombre de Paciente: _____

Fecha de
Nacimiento: _____

Medicamentos Actuales No estoy tomando ningún medicamento Tengo una lista

Por favor incluya cualquier medicamento recetado, de venta libre y vitaminas/suplementos.

Medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Alergias a Medicamentos Sin alergias conocidas a medicamentos

Enumere todos los medicamentos a los que es alérgico(a):

Medicamento: _____ Reacción: _____

X

Firma del Paciente o Parte Responsable

Fecha



RHEUMATOLOGY INSTITUTE
OF SAN ANTONIO

Medical Record Release Form

(Formulario de Autorización para Divulgación de Expedientes Médicos)

(Traducción al español disponible al reverso)

Patient Name: _____ DOB: _____

By signing this form, I authorize _____
to release confidential health information about me, by releasing a copy of my medical records, or a
summary/narrative of my Protected Health Information (PHI) to the physician/facility/entity listed
below.

Rheumatology Institute of San Antonio
14615 San Pedro Ave, Ste 210
San Antonio, TX 78232
P: (210)404-0020
F: (210)404-0325

The information is authorized to release is as follows:

- Complete Records Progress Notes
- Treatment Plan Medication History
- Pathology Reports Operative Reports
- Radiology Reports Hospital Reports
- Laboratory Results
- Other: _____

Conditions and Notifications

This authorization for release of information expires 12 months from the date of the patient's signature. You may revoke this authorization at any time by writing to the Rheumatology Institute of San Antonio at the address above. I understand that you will provide the information within 30 days from receipt of request and that a fee for preparing and furnishing this information may be charged according to rulings set forth by the Texas State Board of Medical Examiners.

X

Signature of Patient or Responsible Party

Date

Print Name of Patient or Responsible Party

Relationship



RHEUMATOLOGY INSTITUTE
OF SAN ANTONIO

Formulario de Autorización para Divulgación de Expedientes Médicos

Esta es solo una traducción del formulario original en inglés. No se requiere completar ni firmar esta sección. Por favor, complete y firme únicamente el lado en inglés del formulario.

Al firmar este formulario, autorizo la divulgación de información médica confidencial sobre mí, mediante la entrega de una copia de mis expedientes médicos o un resumen/narrativa de mi Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) al médico/centro/entidad que se indica a continuación.

Rheumatology Institute of San Antonio
14615 San Pedro Ave, Ste 210
San Antonio, TX 78232
P: (210)404-0020
F: (210)404-0325

La información autorizada para divulgar es la siguiente:

- Plan de Tratamiento
- Informes de Patología
- Informes de Radiología
- Resultados de Laboratorio
- Expediente Médico Completo
- Historial de Medicamentos
- Informes Quirúrgicos
- Informes Hospitalarios
- Notas de Progreso
- Otro

Condiciones y Notificaciones

Esta autorización para la divulgación de información vencerá 12 meses después de la fecha de la firma del paciente.

Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, dirigiéndose al Instituto de Reumatología de San Antonio a la dirección indicada anteriormente.

Entiendo que la información será proporcionada dentro de 30 días a partir de la recepción de la solicitud, y que se podrá cobrar una tarifa por la preparación y entrega de dicha información, conforme a lo establecido por la Junta Médica del Estado de Texas.



RHEUMATOLOGY INSTITUTE
OF SAN ANTONIO

Política Financiera

Gracias por elegir el Instituto de Reumatología de San Antonio. Nos comprometemos a brindarle atención médica de la más alta calidad de manera eficiente y rentable. Por favor, lea cuidadosamente las siguientes políticas financieras.

Responsabilidad Financiera

- Usted es responsable de todos los copagos, deducibles, coseguro, servicios no cubiertos y cualquier otra responsabilidad financiera determinada por su compañía de seguros o nuestras políticas. El pago se debe realizar en el momento del servicio.
- Referencias HMO: Nuestra oficina solicitará las referencias necesarias a su médico de atención primaria (PCP); sin embargo, es responsabilidad del paciente dar seguimiento con su PCP para asegurarse de que la autorización se obtenga y se envíe a nuestra oficina de manera oportuna. Si no recibimos la autorización, su cita será reprogramada.
- Debe presentar una identificación con foto válida y su(s) tarjeta(s) de seguro en cada visita para verificar la cobertura y garantizar una facturación precisa.
- Todos los copagos, deducibles y montos de coseguro se deben pagar en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho arreglos previos.

Participación en la Red de Seguros

- Si determinamos antes de su cita que no estamos contratados con su proveedor de seguros, su cita será cancelada y se le notificará.
- Si se presenta un reclamo y luego se rechaza por estar fuera de la red, nos comunicaremos con usted para discutir sus opciones y, si corresponde, trabajaremos con usted para establecer un acuerdo de pago de acuerdo con las pautas del seguro.

Elegibilidad y Cobertura del Seguro

- Aunque se espera que los pacientes comprendan sus beneficios de seguro, nuestro personal verificará la elegibilidad antes de su visita y le notificará sobre cualquier problema.
- Si se determina que no tiene cobertura de seguro activa en el momento del servicio, se aplicará un ajuste por pago en efectivo y usted será responsable del monto de autopago de \$150.
- Podemos proporcionar una Estimación de Buena Fe de los cargos esperados si lo solicita o según lo requiera la ley. Sin embargo, tenga en cuenta que usted sigue siendo responsable de cualquier saldo restante determinado por su seguro después del procesamiento del reclamo.



RHEUMATOLOGY INSTITUTE
OF SAN ANTONIO

Política Financiera

Cobros y Cuentas Vencidas

- Los saldos vencidos pueden ser enviados a agencias de cobranza si no se pagan.
- Los cheques devueltos incurrirán en un cargo de \$35.00.
- Aceptamos pagos en efectivo, cheques, Visa y Mastercard.

Pacientes de Medicare

- Somos proveedores participantes de Medicare y facturamos directamente a Medicare.
- Usted es responsable de cualquier copago, deducible y cargos por servicios no cubiertos al momento del servicio.

Autorización de Pago y Divulgación de Información

- Su firma al final de este formulario autoriza la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar un reclamo de seguro en su nombre.
- También autoriza a su(s) aseguradora(s) a realizar el pago directo al Rheumatology Institute of San Antonio por los servicios prestados.



RHEUMATOLOGY INSTITUTE
OF SAN ANTONIO

Políticas de la Oficina

Gracias por elegir el Instituto de Reumatología de San Antonio. Las siguientes políticas de la oficina están diseñadas para garantizar que brindemos una atención médica de alta calidad, oportuna y respetuosa a todos nuestros pacientes. Por favor, lea y reconozca estas políticas para ayudarnos a atenderle mejor.

Política de Citas

- Por favor, llegue al menos 15 minutos antes de su cita programada para permitir tiempo de registro y completar formularios.
- Traiga una identificación válida con foto y su(s) tarjeta(s) de seguro a cada visita.
- Es su responsabilidad notificarnos de inmediato sobre cualquier cambio en su dirección, número de teléfono, plan de seguro o médico de atención primaria (PCP).

Cancelaciones y Citas Perdidas

- Si necesita cancelar o reprogramar su cita, por favor notifiquenos con al menos 24 horas de anticipación.
- Cargo por cita perdida: \$75.00 (no reembolsable por el seguro)
- Múltiples cancelaciones o ausencias pueden resultar en la terminación de la atención médica en nuestra clínica.

Llegadas Tardías

- Patients who arrive more than 15 minutes late may be asked to reschedule to avoid delays in care for other patients.

Reposición de Medicamentos

- Las solicitudes deben ser enviadas por su farmacia al fax 210-404-0325 o a través del sistema electrónico.
- Por favor, permita hasta 2 días hábiles para su procesamiento.
- Solicite su reposición al menos 3 días hábiles antes de quedarse sin medicamento.



RHEUMATOLOGY INSTITUTE
OF SAN ANTONIO

Políticas de la Oficina

Seguimiento Médico y Cumplimiento del Tratamiento

- Se requiere que los pacientes mantengan citas de seguimiento regulares según las indicaciones de su proveedor.
- La falta de seguimiento puede resultar en:
 - Cancelación de infusiones
 - Negación de reposición de medicamentos
- Todos los laboratorios e imágenes diagnósticas requeridas deben completarse al menos 1 semana antes de su cita de seguimiento.
- Si no se completan, su cita será reprogramada, lo que puede retrasar su tratamiento.

Tutores Legales

- Si usted es el tutor legal de un paciente, deberá presentar documentación oficial (como un poder notarial médico o documentos de tutela) al momento de la cita.
- Si no se recibe la autorización correspondiente, la cita será reprogramada.

Incumplimiento y Terminación de Atención Médica

- Nos reservamos el derecho de terminar la atención médica para pacientes que:
 - Falten o cancelen citas repetidamente sin previo aviso
 - No sigan las recomendaciones médicas o el plan de tratamiento
 - Infrinjan alguna política de la oficina
- En caso de ser dado de baja, el paciente recibirá una notificación por escrito y se le ofrecerán 30 días de atención médica para situaciones urgentes, a fin de que pueda establecer atención con otro proveedor.

Derechos del Paciente y Comunicación

- Los pacientes pueden solicitar una copia de estas políticas en cualquier momento.
- Las inquietudes relacionadas con facturación, servicios o atención médica pueden ser dirigidas a nuestro gerente de la clínica o al personal de recepción.
- Estamos comprometidos a atender sus preocupaciones de manera oportuna y respetuosa.



RHEUMATOLOGY INSTITUTE
OF SAN ANTONIO

Reconocimiento del Paciente de las Políticas de la Oficina y Políticas Financieras

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Reconozco que he recibido y revisado las Políticas de la Oficina y las Políticas Financieras del Instituto de Reumatología de San Antonio. Entiendo que es mi responsabilidad leer y seguir estas políticas, y que puedo hacer cualquier pregunta si necesito aclaraciones.

También entiendo que:

- Puedo solicitar una copia adicional de estas políticas en cualquier momento.
- Es mi responsabilidad dar seguimiento con mi compañía de seguros, médico de atención primaria y laboratorio cuando sea necesario.
- El incumplimiento de estas políticas puede ocasionar retrasos o interrupciones en la atención, incluyendo la reposición de medicamentos o tratamientos de infusión.
- Puedo hablar con el personal de recepción o con el gerente de la clínica si tengo preguntas o inquietudes.

X

Firma del Paciente o Parte Responsable

Fecha

Para Uso Interno de la Oficina

- Patient provided with printed copy of Office & Financial Policies
- Patient declined printed copy of Office & Financial Policies.