



Forma de Registración de Paciente

Información Personal del Paciente

Nombre _____
Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____
Nombre de Preferencia (Si aplica): _____
Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____ Raza _____ Estado Civil _____
Idioma Preferido _____ Dirección electrónico _____
Dirección _____
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Tel. #1 _____ Tel. #2 _____ Tel. # 3 _____
¿Cómo se entero de nosotros? _____

Empleador

Estatus de Empleo ☐ Tiempo completo ☐ Medio Tiempo ☐ Desempleado/a ☐ Jubilado
Nombre de Empleador _____
Dirección _____
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Teléfono _____ Ocupación _____

Contacto de Emergencia

1. Nombre de Contacto de Emergencia _____
Relación con el Paciente _____ Teléfono _____
2. Nombre de Contacto de Emergencia _____
Relación con el Paciente _____ Teléfono _____

Certifico que toda la información anterior es correcta y reconozco que es mi responsabilidad informar a We Care Clinic lo antes posible si cambia alguno de mis datos.

Firma del Paciente

Fecha



Normas de Oficina

Cambio de Demografía

Si cambio de datos demográficos personales, nos avisa lo antes posible para que podamos actualizar nuestro sistema.

Condiciones Médicas Crónicas Requieren Seguimiento

Condiciones médicas crónicas como la diabetes, hipertensión, depresión, y ansiedad requieren seguimiento frecuente para asegurar el mejor cuidado posible. Una vez que los pacientes con condiciones médicas crónicas están estables con su medicación, necesitan seguimiento cada 3 meses. Los pacientes con *otras* condiciones médicas crónicas necesitan seguimiento cada 3-6 meses, dependiendo de su plan de cuidado. Los medicamentos no serán resurtidos a menos que los pacientes mantengan sus citas de seguimiento.

Centro de Atención Urgente, ER , o Estancia Hospitalaria

Por favor contacte nuestra oficina después de ser dado de alta de un centro de atención urgente, centro de emergencia, o hospital para actualizar su condición y el lugar donde fue evaluado para que podamos obtener registros y programar una visita de seguimiento. Para su seguridad, debe ser visto dentro de los 7 días posteriores al alta.

Política de Resurtido de Medicamentos

Es responsabilidad del paciente notificar a la oficina de manera oportuna cuando sean necesarias las recetas de sus medicamentos. La aprobación de su recarga puede tardar hasta tres (3) días hábiles, así que no espere para llamar. Las recargas de medicamentos sólo se hacen durante el horario de oficina regular (de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.). Por favor notifique a la oficina el siguiente día hábil si se queda sin medicación después de horas. No se recetarán medicamentos los sábados o domingos. Las recargas solo pueden ser autorizadas para medicamentos prescritos por proveedores de nuestra oficina. No recargamos medicamentos prescritos por otros proveedores.

Medicamentos, Suplementos y Vitaminas

Los pacientes deben traer sus medicamentos, suplementos, y vitaminas a todas las visitas en los frascos originales por su seguridad. Es importante traer sus medicamentos para que podamos verificar que no haya interacciones adversas con sus medicamentos. También, nos ayuda a asegurarnos de que no está tomando dosis dobles del mismo medicamento. Hemos visto pacientes que no se dan cuenta de que están tomando el mismo medicamento dos veces.

Comunicación con el médico por mensaje de texto

Nuestra plataforma SigmaMD nos permitirá enviar y recibir mensajes de texto. Entiendo que durante el fin de semana puedo contactar al Dr. Alvarado por mensaje de texto entre las 9:00 am y las 5:00pm. La respuesta podría demorarse hasta 3 horas. Entiendo y acepto que la comunicación electrónica no es un medio apropiado para emergencias o otros asuntos urgentes, ni para consultas sobre información confidencial. En caso de emergencia, o si el



paciente prevé razonablemente que la situación podría convertirse en una emergencia, deberá llamar al 911 y seguir las instrucciones del personal de emergencia.

Llegadas tardías, cancelaciones y ausencias

Por favor llegue 10 minutos antes de su cita para permitir el registro y cualquier papeleo. Pedimos un aviso de 48 horas para cancelar o reprogramar. Los pacientes que lleguen 15 minutos o más después de su hora programada pueden ser reprogramados. No dar un aviso adecuado para cancelaciones o reprogramaciones puede resultar en una tarifa de \$25 por cita perdida. Los pacientes con tres (3) ausencias en 1 año pueden ser considerados para ser dados de baja de la práctica.

Hacer citas

Puede hacer su cita a través de nuestra plataforma SigmaMD. Si no hay una cita disponible, háganos a la oficina para programar una cita lo más pronto posible.

Acluso de recibo del aviso sobre prácticas de privacidad.

Reconozco haber recibido y leído una copia del “Aviso de Prácticas de Privacidad” de la Clínica We Care. El aviso describe cómo la Clínica We Care puede usar y divulgar mi información de salud protegida (PHI), las restricciones sobre el uso y divulgación de mi información de salud, y mis derechos respecto a mi PHI.

Reconozco que he leído, entendido y estoy de acuerdo con las políticas descritas en este documento.

Nombre impreso: _____

Firma: _____ Fecha: _____



ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Número de membresías	Categoría	Costo Anual	Costo anual si se paga en su totalidad	Costo Mensual
	Paciente Adulto	\$960	\$840	\$80/mes \$70/mes con pago anual completo por adelantado.
	Niño (edad 5 - 17 individual)	\$600	\$480	\$50/mes \$40/mes o con el plan familiar \$480/mes con pago anual pagado por completo por adelantado.

Al firmar a continuación, por lo presente autorizo a We Care Clinic a realizar cargos a mi tarjeta de crédito o débito por **mi tarifa anual/mensual (circule una) por un monto de _____**. Autorizó pagos periódicos de mi tarifa de APD y cualquier cargo adicional que incurra desde mi última fecha de facturación. Entiendo que mi participación en APD es continua, y los cargos continuarán hasta que concluya mi contrato de membresía o cancele formalmente mi membresía.

Por lo presente, elijo los siguientes términos de pago (por favor, coloque sus iniciales en la opción elegida):

_____ Elijo pagar mi cuota de membresía APD **EN SU TOTALIDAD** por un monto de **\$840**.

_____ Elijo pagar mi cuota de membresía APD en cuotas **MENSUALES** de **\$80**.

_____ Elijo pagar utilizando el descuento familiar, los siguientes miembros de la familia se unirán a mí (indique su nombre y relación). _____

Por favor, marque una opción: MasterCard VISA Discover American Express Care Credit

Nombre en la tarjeta: _____

Número de tarjeta: _____ **Fecha de vencimiento** ____/____ **CVV:** _____

_____ **Usaré mi cuenta HSA. Información de HSA** _____

Firma del Paciente (Contrato)

Fecha (mm/dd/aaaa)

Nombre en letra de molde del paciente (Contrato)

Firma del titular de la tarjeta de crédito

Fecha (mm/dd/aaaa)

Nombre en (letra de) molde del titular de la tarjeta de crédito

Cheques devueltos

El cargo por un cheque devuelto es de \$35. Debe pagar en su totalidad el monto del cheque y la tarifa por cheque devuelto dentro de 10 días.

Formularios

Si necesita que se llenen formularios por el proveedor, algunos formularios pueden requerir una tarifa al devolverle los formularios firmados.



Descripciones de los servicios

Su cuota mensual de membresía de Atención Primaria Directa (APD) incluye visitas de consultorio cubiertas ilimitadas. Los servicios integrales de atención primaria incluidos en su membresía incluye:

- Alergias
- Visitas preventivas de salud anuales
- Enfermedades autoinmunes
- Anticonceptivos
- Manejo del colesterol
- Enfermedad renal crónica
- Dolor crónico de rodilla
- Resfriado/gripe/neumonía
- Lesiones deportivas comunes
- Atención de conmociones cerebrales
- Asesoramiento sobre anticoncepción
- EPOC/asma
- Depresión/ansiedad
- Diabetes
- Inyecciones articulares con descuento
- Análisis de laboratorio con descuento
- Lesiones de codo
- Lesiones de mano/dedos
- Insuficiencia cardíaca
- Lesiones de cadera
- Infecciones
- Salud masculina
- Lesiones de cuello
- Cuidado de la osteoporosis
- Fasciitis plantar
- Detección y tratamiento
- Lesiones de hombro
- Afecciones cutáneas/verrugas
- Trastornos del sueño
- Problemas de tiroides
- Medicina del viajero

El modelo APD es pagado directamente por el paciente tanto para el acceso como para la atención médica primaria. **We Care Clinic no acepta ni factura a terceros pagadores.**

Puede pagar la tarifa mensual de ADP con su Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA). No puede pagar usando una Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) y/o una Cuenta de Reembolso de Salud (HRA).

Debido a restricciones regulatorias, el modelo ADP no está disponible para pacientes que son elegibles o están inscritos en Medicare, Medicaid, u otros programas de salud gubernamentales o seguros HMO.



Acuerdo de Honorarios
(Por favor, ponga sus iniciales abajo)

1. _____ Reconozco y entiendo que las tarifas mensuales se deben pagar el día primero de cada mes.
2. _____ Reconozco que mi membresía puede ser cancelada por falta de pago.
3. _____ Reconozco y entiendo que se me requiere proporcionar una tarjeta de crédito/debito (que se mantendrá archivada) para participar en la membresía APD (de Alevencion Primaria Directa) no sera prorrateada.
4. _____ Reconozco y entiendo que mi cuota de Membresía APD no se prorrateará.
5. _____ Reconozco y entiendo que la cuota de Membresía APD se cobra automáticamente, y es mi responsabilidad notificar a We Care Clinic sobre cualquier cambio en la información de mi tarjeta de crédito.
6. _____ Reconozco y entiendo que los cargos incurridos fuera de mi cuota de Membresía APD (e Alevencion Primaria Directa) deben pagarse en el momento del servicio.
7. _____ Reconozco que, como mínimo, debo inscribirme por un período mínimo de tres meses.
8. _____ Reconozco y entiendo que We Care Clinic puede agregar o descontinuar los servicios incluidos sin previo aviso.
9. _____ Reconozco y entiendo que We Care Clinic puede cambiar mi tarifa mensual en cualquier momento (pero no más de una vez por año calendario), y que se me dará un aviso de al menos sesenta días sobre dichos cambios en la tarifa.
10. _____ **Reconozco y entiendo que soy responsable de cualquier cargo incurrido por servicios de atención médica fuera de We Care Clinic, incluidos pero no limitado a, entre otros, servicios de emergencia, atención urgente, hospitalización y servicios especializados, estudios de imagen, laboratorios y medicamentos.**
11. _____ Reconozco y entiendo que la clínica We Care Clinic NO estará obligada a reembolsar por ningún cargo que pueda incurrir por cualquier atención recibida fuera de la clínica We Care Clinic.



Divulgación de Seguro
(Por favor, ponga sus iniciales abajo)

- _____ Reconozco y entiendo que este acuerdo **NO PROPORCIONA COBERTURA INTEGRAL DE SEGURO DE MÉDICO NI CONSTITUYE UN CONTRATO DE SEGURO**, y que únicamente ofrece los servicios de atención médica descritos específicamente descritos en el Acuerdo.
- _____ **Reconozco y entiendo que este Acuerdo no sustituye un seguro médico.** Entiendo que We Care Clinic no facturará a compañías de seguros, Medicaid, Medicare ni planes Medicare Advantage por ningún servicio proporcionado por We Care Clinic.
- _____ Reconozco y entiendo que We Care Clinic no garantiza el reembolso de ningún servicio o tarifa de We Care Clinic por parte de terceros planes de salud, incluidos planes de seguro o cuentas de ahorro para la salud (cuentas de ahorro para la salud o gastos flexibles).
- _____ Confirmando que yo, el paciente/miembro, **NO** soy beneficiario de Medicare, y **NO** estoy actualmente inscrito en Medicare, Medicaid ni en ningún otro plan gubernamental o plan de aseguranza HMO.

Política de Cancelación
(Por favor, ponga sus iniciales abajo)

- _____ Reconozco y entiendo que We Care Clinic puede cancelar este Acuerdo en cualquier momento y por cualquier motivo, sin condición.
- _____ Entiendo que We Care Clinic **NO** dará por terminado este Acuerdo únicamente por mi estado de salud.
- _____ Reconozco y entiendo que debo proporcionar un aviso escrito de cancelación con 30 días de anticipación y que las tarifas continuarán siendo cobradas automáticamente hasta que We Care Clinic reciba dicha notificación. Puede encontrar una copia del aviso escrito en la oficina.
- _____ Reconozco y entiendo que We Care Clinic puede terminar este Acuerdo de Paciente por falta de pago de las tarifas.
- _____ Reconozco que si no cumplo con el requisito de 3 meses, seré dado de baja de mi plan ADP y que, si solicito unirme nuevamente, debo pagar una tarifa de \$50 junto con el pago de los 3 meses de una sola vez.



Consentimiento y Dirección para la Liberación de Información de Salud Protegida (PHI)

En cumplimiento con la HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud) y para proteger su información financiera y de salud, le solicitamos que complete este formulario. Puede cambiar sus respuestas a este formulario en cualquier momento. Mantendremos una copia digital en su expediente. Nos esforzamos por seguir sus deseos excepto cuando la ley lo requiera, como se describe en la declaración del Aviso de Protección de Privacidad, que usted ha leído y firmado. En cuanto a la liberación de su información de salud, por favor lea lo siguiente y marque la casilla que refleje sus deseos.

Por favor, marque su respuesta a lo siguiente:

1. **Mensajes de voz** ¿Podemos dejar mensajes en un buzón de voz en casa o en su teléfono celular para discutir citas o tratamientos? **Sí No**
2. **Conversaciones entre cónyuges** ¿Podemos discutir sus citas/tratamientos con su cónyuge? **Sí No**
3. **Durante la Exploración** - La Clínica We Care puede comunicarse directamente con todas las personas que me acompañen durante mi examen y/o permitirles escuchar toda la información o las conversaciones de forma indirecta. Entiendo que, si no deseo que esa persona participe en la conversación, debo pedirle que abandone la sala de examen. **Sí No**
4. **Contactos Telefónicos** Doy mi consentimiento para recibir toda la información respecto a citas, resultados de laboratorio, radiología, y otras pruebas, así como información financiera, incluyendo recordatorios de facturas pendientes en mi teléfono de casa y/o teléfono celular personal. **Sí No**
5. **Mensajes Electrónicos** Doy mi consentimiento a mandar correos electrónicos o mensajes por telefónicos EDUCATIVOS. **Sí No**

HIPAA, Comunicaciones de Privacidad

Entiendo que bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA) y sus regulaciones posteriores, así como las leyes de privacidad de Texas.

Por favor coloque sus iniciales.

- _____ Tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida (PHI).
- _____ He revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de We Care Clinic y entiendo mis derechos contenidos en el aviso y reconozco que está disponible a solicitud.
- _____ Reconozco y entiendo que We Care Clinic debe mantener un registro de mi información de salud y debe proteger la privacidad de mi información de salud según los términos del Aviso de Prácticas de Privacidad.
- _____ Proporciono a We Care Clinic mi autorización y consentimiento para usar y divulgar mi PHI con el propósito descrito en el Aviso de Prácticas de Privacidad.
- _____ Entiendo que cualquier y todos los métodos de correspondencia pueden ser añadidos por We Care Clinic al registro médico documentado del paciente.
- _____ Entiendo que We Care Clinic requiere y fomenta el uso del portal del paciente o del correo electrónico encriptado como un método seguro de comunicación. **We Care Clinic no se comunica ni se comunicará a través de correo electrónico no encriptado, fax, mensajes de texto, mensajes con imágenes, redes sociales o videoconferencias en línea, ya que estos no son métodos de comunicación seguros.** We Care Clinic hace todo lo posible por cumplir con las normas y regulaciones de privacidad federales y estatales aplicables.

Nombre impreso: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Correo electrónico: _____

Número de teléfono: _____