



3277 E Louise Drive, Suite 350, Meridian, ID 83642

1818 S 10th Ave, Suite 120, Caldwell, ID 83605

Teléfono (208) 887-9500, Fax (208) 887-9800

www.idahoarthritis.com

Centro de la artritis de Idaho ... donde el cuidado compasivo y la medicina avanzada se encuentran.

Cita con:

- Mikael Lagwinski, MD Sara Romney, PA-C
 Svetlana Meier, MD Alex Feil, APRN, FNP-C
 Eric Palfreyman, MD

Fecha de Cita: _____ Hora de Registro: _____

POR FAVOR LLEGUE A LA HORA DE REGISTRO

Por favor, tenga en cuenta que si su documentación no se completa antes de registrarse, tendremos que reprogramar su cita.

POR FAVOR LEA COMPLETAMENTE

Bienvenido a Idaho Arthritis Center. Nuestros reumatólogos certificados por la Junta proveen cuidado de vanguardia para una amplia gama de enfermedades reumatológicas tales como Artritis Reumatoide, Lupus, Osteoporosis, Osteoartritis, Fibromialgia y más. Utilizamos las modalidades terapéuticas y diagnósticas más avanzadas disponibles para brindarle el mejor cuidado.

El Centro de Artritis de Idaho está convenientemente ubicado junto a Eagle Road, al lado del campus Meridian del Centro Médico Regional de St. Luke. Nos encontrará en el tercer piso del edificio de oficinas médicas de Portico West. Visite nuestro sitio web en www.idahoarthritis.com para obtener más información acerca de nuestros médicos, personal y servicios. También está disponible información sobre nuestro centro de investigación sobre artritis y cómo participar en una serie de ensayos clínicos.

PACIENTES NUEVOS

Por favor llegue a la hora de registro 15 minutos antes de su cita INICIAL y traiga lo siguiente con usted:

- Formulario de registro de paciente completado y formulario de historia del paciente
- Lista actual de medicamentos y una lista de preguntas que puede tener
- Tarjeta de Seguro / Información de Facturación / Identificación de Foto

Una foto de identificación será tomada en su visita inicial por razones de verificación. En su visita inicial, su médico revisará su historia y discutirá con usted las pruebas adicionales que pueden ser necesarias para ayudar en su diagnóstico o tratamiento. En el campo de la especialidad de Reumatología se pueden recomendar análisis de sangre, radiografías, ultrasonidos y fisioterapia, los cuales son continuos a lo largo de su atención. Estos son todos los costos adicionales a su cargo de visita de oficina. La prueba de sangre es una de las mejores maneras de rastrear su condición y se ordena regularmente para este campo de especialidad. Las pruebas de sangre pueden oscilar entre \$ 500 y \$ 1,500. Los resultados del laboratorio serán revisados en su visita de seguimiento y / o pueden obtenerse en nuestro Portal de Pacientes en línea. Los resultados NO serán enviados por correo.

****Por favor, evalúe su suministro de medicamentos antes de su visita a la oficina para correlacionar todas las recargas anticipadas.****

LLAMADAS A LA OFICINA / RELLENO DE RECETAS

Las preguntas o inquietudes de nuestros médicos serán enviadas a través del Asistente Médico que trabaja directamente con su médico. Si no podemos responder a su llamada de inmediato, nuestro objetivo es devolver las llamadas el mismo día o dentro de un día hábil. Cualquier mensaje que salga después de las 4:00 p.m. será devuelto el siguiente día laborable. Los mensajes seguros también pueden ser enviados a través de nuestro Portal de Pacientes en nuestro sitio web; Esta es la forma más rápida de obtener respuestas a sus preguntas.

Las solicitudes de relleno de rutina deben recibirse por lo menos dos días hábiles por adelantado para que su médico pueda revisar su carta. Lo mejor es que su farmacia nos envíe por fax una solicitud de relleno varios días antes de que usted esté fuera de la medicación. Todas las recargas de recetas se enviarán electrónicamente a su farmacia. Sólo le devolveremos la llamada si hay un problema al llenar su solicitud. Por favor, permita un extra de dos semanas para la entrega de medicamentos para las recetas de pedidos por correo. Es nuestra política que no ofrecemos recargas en algunos medicamentos sin la aprobación del médico, lo que puede requerir una visita al consultorio.

CITAS / LLEGANDO TARDE / CANCELACIONES

Nuestro objetivo es que usted sea visto en su hora programada, pero a veces los retrasos son inevitables. Utilizamos un sistema de recordatorio automático del teléfono que le llamará 48 horas antes de su cita, y si está registrado en nuestro portal de pacientes, recibirá un recordatorio por correo electrónico también. Es su responsabilidad actualizarnos de cualquier cambio en los números de teléfono, correos electrónicos, etc. ***Le pedimos amablemente que proporcione un aviso de 24 horas si necesita cambiar la cita o cancelar una cita. Si no llama dentro de las 24 horas de su cita programada para cancelar, reprogramar o no mostrar para una cita, se le cobrará una cuota de \$50. 2 no presentaciones en un periodo de 12 meses podría resultar en el despido de la clínica.***

Además, llegar tarde a su cita o llegar sin la documentación necesaria puede resultar en una cita reprogramada. ***Como una cortesía a todos los pacientes en la clínica, un paciente que llega 10 minutos después de su cita programada tendrá que reprogramar, sin excepciones.***

SEGURO DE SALUD

Para el beneficio de nuestros pacientes, estamos contratados con varias compañías de seguros como proveedor preferido. Es responsabilidad del PACIENTE conocer su póliza de seguro y estar familiarizado con su cobertura. Cada compañía de seguros tiene sus propias reglas para determinar cuánto pagarán en cada artículo. Su póliza es un contrato entre ***USTED y su compañía de seguros.*** Usted debe contactar a su compañía de seguros inmediatamente si tiene alguna pregunta con respecto a la cobertura o el pago de sus servicios. En el caso de que su plan de salud determine que un servicio o suministro "no está cubierto", el paciente será responsable del cargo completo por ese servicio en particular. Si su compañía de seguros niega su reclamo, usted es responsable del pago completo. Le cobraremos su seguro como una cortesía para usted. Es responsabilidad del paciente saber qué procedimientos pueden requerir autorización previa o una segunda opinión. ***Por favor avísenos de cualquier cambio en el seguro.***

Con este acuerdo, usted autoriza el pago de beneficios de seguro a IAC, y entiende que usted es financieramente responsable de todos los cargos, independientemente de que sean pagados por el seguro. Además, autoriza la divulgación de cualquier información adquirida en el transcurso de su examen o tratamiento, desde y hacia cualquier centro médico, médico o su compañía de seguros.

NO aceptamos pacientes de pago propio en nuestra oficina.

OBLIGACIÓN FINANCIERA / TÉRMINOS DE PAGO / OPCIONES

SE REQUIERE PAGAR CUALQUIER CO-PAGO / CO-SEGURO / DEDUCTIBLES DEBIDO AL MOMENTO DE SU VISITA POR EL REQUISITO DE SU PLAN / POLÍTICA DE SEGURO DE SALUD. SI LA PRUEBA DE SEGURO NO SE PROPORCIONA, USTED SE ESPERA QUE HAGA EL PAGO POR COMPLETO EN EL MOMENTO DEL SERVICIO.

Para evitar incurrir en cargos adicionales; Los saldos de cuentas deben ser pagados en su totalidad o con no más de 3 pagos iguales dentro de los 90 días de la fecha de servicio. Habrá un cargo de \$25.00 por cualquier cheque devuelto a nosotros por falta de pago.

Si no paga por servicios médicos prestados de buena fe dentro de los 90 días, la cuenta de un paciente se entregará a colecciones. Si incumple sus pagos su cuenta será transferida a States Recovery Systems, Inc (SRS). Si su cuenta se ha vuelto a SRS tendrá que pagar SRS en su totalidad antes de que podamos programar otra cita. **También le requeriremos que pague todos los servicios prestados en su totalidad en el momento de su cita, independientemente de la cobertura del seguro.** Si alguna vez decide presentar un procedimiento de quiebra contra una deuda pendiente con el Centro de Artritis de Idaho, es la política de nuestra práctica retirarse como un proveedor de atención médica. Todos los reembolsos van a través de nuestra oficina de negocios y requieren en promedio tres semanas.

FORMAS DE FMLA / FORMAS DE DISCAPACIDAD / REGISTROS MÉDICOS

Se le cobrará por el procesamiento de formularios, incluyendo formularios de la Ley de Licencia Médica Familiar (FMLA), a \$15 por página. Esta cantidad se debe cuando los formularios son recogidos en nuestra oficina. El procesamiento de los formularios de discapacidad o de seguro de vida no será hecho por nuestra oficina. La solicitud inicial del paciente para copiar, enviar por fax o enviar por correo los expedientes médicos será gratuita. Las solicitudes posteriores estarán sujetas a un cargo de \$1.00 por página. Estos no son cargos facturables a su compañía de seguros. Espere entre 5 y 7 días hábiles para completar cualquier formulario, autorización previa o carta.

Sus expedientes médicos son estrictamente confidenciales. La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de la Información de Salud (HIPAA) nos impide publicar cualquier información sin su consentimiento por escrito. Usted puede optar por llenar una Autorización para Liberar Expedientes Médicos en una de sus visitas para mantener en archivo en caso de que surja una necesidad urgente para tales registros.

Gracias por permitirnos ayudarle con el cuidado reumatológico.

Este es un acuerdo entre Idaho Arthritis Center (IAC) y el paciente nombrado a continuación. Al firmar este acuerdo está reconociendo que entiende nuestras políticas y está de acuerdo con todas las políticas.

He leído, entiendo y estoy de acuerdo en cumplir con estas políticas. Una fotocopia de este acuerdo será tan válida como el original. Reconozco que se me ha ofrecido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad para IAC, y se me ha dado una copia si se solicita.

Fecha: _____ **Firma del Paciente:** _____

Nombre impreso del paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

IDAHO ARTHRITIS CENTER
Formulario de Registro del Paciente

FECHA DE HOY _____

Apellido del Paciente: _____ **Nombre del Paciente** _____ **Inicial de Segundo Nombre** _____
Fecha de Nacimiento _____ **Edad** _____ **Sexo** _____ **Numero de Seguro Social** _____
Dirección _____ **Ciudad** _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____
Teléfono Primario _____ **Teléfono Móvil** _____ **Teléfono de Trabajo** _____
Correo Electrónico _____ **Empleador** _____
Nombre de Pareja _____ **Empleador de Pareja** _____
Teléfono del Trabajo de Pareja _____ **Fecha de Nacimiento de Pareja** _____
Teléfono de Pareja _____

RESPONSABLE: (Persona que debe recibir la fractura)

Nombre y Apellido _____ **Relación con el Paciente:** Yo Pareja Padre o Madre Otro
Dirección _____ **Ciudad** _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____
Numero de Seguro Social _____ **Teléfono Primario** _____ **Teléfono de Trabajo** _____

PROVEEDOR PRIMARIO _____

Proveedor de Referencia _____

SEGURO MÉDICO **POR FAVOR TRAIGA SUS TARJETAS DE SEGURO MEDICO A LA CITA**

TITULAR DE POLIZA (NOMBRE): _____

RELACION: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA (NO VIVIENDO CONTIGO)

Nombre _____ **Relación** _____
Teléfono Primario _____ **Teléfono de Trabajo** _____

POR FAVOR LEA Y FIRME LO SIGUIENTE:

Autorizo el pago de beneficios de seguro al Centro de Artritis de Idaho, y entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, sean o no pagados por seguro médico. Autorizo la divulgación de cualquier información, adquirida en el curso de mi examen o tratamiento, desde y hacia cualquier centro médico, médico o mi compañía de seguros. También estoy de acuerdo será tan válida como el original. Por la presente autorizo el examen y el desempeño de todos los tratamientos que se consideren médicaamente necesarios o recomendables. Reconozco que se me ha ofrecido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad para el Centro de Artritis de Idaho, y se les ha dado una copia si se les solicita. Acepto notificar a la oficina cualquier cambio en mi dirección, número de teléfono, empleo y seguro. Entiendo que como cortesía tengo más de 10 minutos de retraso para mi cita, se reprogramará. ¡SIN EXPECIONES! Entiendo que múltiples citas de no presentación o reprogramación pueden ser motivo de despido de la práctica. Gracias por su cooperación.

HE LEIDO Y ACEPTE LA INFORMACIÓN ANTERIOR.

FIRMA AQUI _____ **FECHA** _____