

Lista de Políticas- Favor de leer las políticas completas o pedir copias si lo requiere.

¡Bienvenido a El Paso Pulmonary Association! La siguiente información destaca políticas para servirle de la mejor manera posible. Por favor lea cada frase, coloque iniciales y firme en la parte inferior. Favor de presentar preguntas a recepción.

Iniciales

- _____ 1. **NUESTRA MISION** es ofrecer a nuestros pacientes el mejor cuidado médico posible. **Le pedimos su comprensión si su cita se retrasara** y le aseguramos que cuando su turno llegue recibirá la atención que usted necesite.
- _____ 2. **RESPONSABILIDAD FINANCIERA.** Todos los honorarios, deducibles, o copagos deben ser liquidados al momento de su cita. Aceptamos efectivo, cheques, y tarjetas de crédito. Un cargo \$35.00 aplica a cheques devueltos.
- _____ 3. **HORARIO DE SU CITA.** Pedimos a nuestros pacientes que lleguen antes de la hora programada para registrarse y así facilitar que se le atienda. Pacientes que lleguen después de la hora citada, podran ser reprogramados.
- _____ 4. **CANCELACIONES O CITAS PERDIDAS.** Requerimos 24 horas de anticipo para cancelar citas. Un cobro de \$25.00 dls podrá aplicarse a su cuenta por citas perdidas.
- _____ 5. **INFORMACION ACTUALIZADA.** Favor de siempre proporcionar su información actualizada para su archivo.
- _____ 6. **SU MEDICO.** El doctor que ha seleccionado le atenderá durante sus citas; pero en dado caso que su médico no estuviese disponible, otro médico o enfermero/ practicante podrá atenderle. Al estar disponible su medico designado, regresara a su cuidado.
- _____ 7. **ENFERMERO/A PRACTICANTE.** Los Enfermeros Practicantes no son médicos, son Enfermeros con alto nivel de estudios y entrenamiento, capaces de diagnosticar, tratar y monitorear condiciones y enfermedades comunes, agudas y crónicas. Trabajan en coordinación con nuestros médicos. Tanto como doctores, enfermeros practicantes podran atenderle en sus citas o en hospital.
- _____ 8. **HOSPITALIZACION.** Nuestros médicos cubren rotaciones de guardia en varios hospitales. Si usted requiere hospitalización, le atenderá el médico que este de guardia en ese hospital. Su medico le atendera de nuevo en las citas siguientes.
- _____ 9. **HOSPITALES.** Nuestros médicos **NO ATIENDEN en los hospitales DEL SOL o LAS PALMAS.** Atienden en “The Hospitals of Providence” conocidos como Sierra, Memorial e East Campus en El Paso y el hospital Memorial Medical Center en Las Cruces.
- _____ 10. **SUS MEDICAMENTOS.** Debe traer todos los medicamentos que actualmente está tomando a todas sus citas. Falta de cumplir con este requisito podrá resultar en reprogramación de cita.
- _____ 11. **RESURTIDO de medicamentos** deberán ser solicitados **(1) una semana** antes de agotarse el medicamento. Puede pedirlos por medio del portal del paciente, o por teléfono **únicamente durante horario de oficina.**
- _____ 12. **LABORATORIOS RADIOGRAFIAS Y OTROS ESTUDIOS.** Se requiere que los pacientes sigan todas las ordenes antes de su cita de seguimiento. Citas de seguimiento sin los resultados de dichas ordenes deberán ser re-programadas.
- _____ 13. **BENEFICIOS DE SEGURO MEDICO.** Verificaremos sus beneficios con la información que usted nos proporcione de su seguro médico; sin embargo existen ocasiones, en las verificaciones no garantizan cobertura de todos los servicios otorgados. Cualquier servicio no cubierto por su seguro médico será responsabilidad del paciente.
- _____ 14. **REFERENCIAS Y AUTORIZACIONES.** Si el seguro médico solicita forma de referencia para atenderle en nuestra oficina, el paciente deberá confirmar que dicha referencia esté en nuestra oficina por lo menos con una semana de anticipación.
- _____ 15. **DESPUES DE HORARIO DE OFICINA.** En caso de emergencia, favor de llamar al **911.** Nuestro número principal (915) 532-2477 se transfiere al Servicio de Contestador, quienes en caso necesario transfieren llamadas a el Médico de Guardia.
- _____ 16. **RESPETO.** Pedimos se trate a nuestro personal con respeto. Nosotros nos comprometemos a tratar a los pacientes con el Mayor respeto y dignidad. Por favor pida hablar con administración para cualquier pregunta, queja o su gerencia para servirle mejor.
- _____ 17. **INCUMPLIMIENTO.** Nos reservamos el derecho de darle de baja como paciente si llegase a haber incumplimiento a cualquiera de nuestras políticas incluyendo las aquí mencionadas.
- _____ 18. **MENSAJES.** Usamos mensajería automática como método de comunicación. El programa envía textos o mensajes grabados. Con su firma abajo, usted confirma que ha leído los términos y da su consentimiento a recibir estos mensajes.
- _____ 19. **LEYES DE TEXAS.** Todo paciente, EPPA y sus representantes respectivos, estan de acuerdo que todo el cuidado médico que se otorgue será basado en las leyes de Texas y Nuevo Mexico no de otro estado o pais. Ver la política completa para mas información.

Copias de las políticas completas están a su disposición. Estas políticas son necesarias para poder atenderle de una manera eficiente y al mismo tiempo cumplir con las multiples reglas que rigen a los proveedores de servicios médicos.

Paciente y/o Responsable, he leído las políticas anteriores y acepto todos los términos”.

Firma del Paciente o Responsable

Fecha