



## BIENVENIDO A NUESTRA PRÁCTICA

Estimado paciente,

Nos complace que haya elegido a Netter J. Ortiz, M.D., P.L.L.C., la oficina de Netter J. Ortiz, M.D., como sus proveedores de atención médica. Sabemos que tiene opciones en cuanto a atención médica y apreciamos su confianza.

Durante su visita, será atendido por un médico que hará todo lo posible para dedicar el tiempo necesario para responder a todas sus preguntas. A cambio, le pedimos que se comunique con nosotros abiertamente para que podamos brindarle un servicio adecuado.

Intentamos ver a nuestros pacientes a la hora de su cita programada; sin embargo, pueden surgir complicaciones que pueden retrasar su cita. Haremos todo lo posible para informarle de tales situaciones. Les pedimos a los pacientes que estén en la oficina a tiempo. Los pacientes que lleguen tarde, serán reprogramados.

Nuestra práctica se esfuerza por estar a la vanguardia de la tecnología del cuidado de la salud. Debido a que la medicina y la atención médica cambian constantemente, buscamos una educación continua que se centre en los últimos avances en atención médica. Por ejemplo, nuestros médicos tienen acceso las 24 horas a su registro de atención médica a través de nuestro sistema EMR (Registros médicos electrónicos). Nuestros pacientes pueden recuperar sus resultados de laboratorio a través de nuestro "Portal del paciente" en línea seguro, así como actualizar sus medicamentos, historial médico y ver las notas resumidas de sus exámenes. Para los pacientes que estén interesados, también tenemos disponible un sistema de recordatorio de citas de "mensajes de texto".

Como parte de nuestro compromiso con nuestros pacientes, se espera que nuestro personal le brinde un servicio cortés y respetuoso en todo momento. Todos los miembros del personal están comprometidos a garantizar una atención segura y confidencial en todo momento. Estamos sujetos a las leyes de privacidad y nos tomamos la confidencialidad muy en serio. Mantenemos a todos los miembros del personal con las más altas expectativas en la protección de su salud e información personal. Respetamos los derechos de privacidad de todos los pacientes y le pedimos que comprenda nuestro estricto cumplimiento de estas políticas. Tenga en cuenta que las leyes y reglas de privacidad se crearon para protegerlo a "usted", el paciente, y no violaremos la ley intencionalmente.

No divulgaremos PHI (Información de salud personal) a miembros de la familia, cónyuges o padres a menos que haya un consentimiento firmado en el archivo o las leyes aplicables nos exijan hacerlo. Si desea que proporcionemos información sobre su condición médica a otra persona, debe completar los formularios de divulgación de información necesarios.

Las siguientes páginas contienen información importante sobre nuestra práctica, operaciones comerciales y requisitos para nuestros pacientes, incluidos los formularios que le solicitamos que complete para poder brindarle servicios. Requerimos completar estos formularios al menos cinco días hábiles antes de su visita para darnos tiempo de verificar los beneficios y solicitar registros médicos si es necesario.

Lea atentamente nuestras políticas, ya que reconocerá que las ha leído detenidamente y que las comprende por completo. Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con nuestro Coordinador de Servicios al Paciente para obtener aclaraciones. Si alguna vez tiene alguna inquietud, no dude en preguntar por nuestro administrador de práctica.

Visite nuestro sitio web para obtener información adicional en: [www.netterjortizmd.com](http://www.netterjortizmd.com)

Gracias,

Netter J. Ortiz, M.D., P.L.L.C.



## CS CS INFORMACIÓN Y POLÍTICAS DE LA PRÁCTICA CS CS

### **UBICACIÓN**

Nuestra oficina está ubicada en 2100 Village Center Drive, Suite F1, Brownsville, TX 78526.

### **HORAS DE OFICINA**

Lunes a Jueves: 9:00 am – 5:00 pm

Viernes 9:00 am – 1:00 pm

La cobertura fuera del horario de atención está disponible las 24 horas del día solo para problemas urgentes.

Si tiene un problema de atención médica urgente, puede comunicarse con nosotros fuera del horario de atención llamando al número de nuestra oficina principal (956) 525-7084. Nuestro servicio de contestador anotará su información y la transmitirá al médico de guardia, quien se comunicará con usted lo antes posible. Comuníquese con nosotros durante el horario comercial habitual para asuntos que no sean de emergencia. Para emergencias, llame al 911.

### **PRIVILEGIOS DEL HOSPITAL**

El Dr. Ortiz mantiene privilegios en Valley Baptist Medical Center – Brownsville, ubicado en 1040 W. Jefferson Street. Porque brindamos servicios hospitalarios SOLAMENTE en Valley Baptist Medical Center en Brownsville. Tenga en cuenta que si va a otro hospital o centro, no podremos brindarle servicios.

### **COBERTURA DURANTE LA AUSENCIA**

En caso de que el Dr. Ortiz no pueda brindar cobertura médica por cualquier motivo, nuestra oficina brinda cobertura adicional con el Dr. Jesús Roberto Ortiz.

### **RECETAS Y REPUESTO DE RECETAS**

- Todos los pacientes "nuevos" deben ser vistos antes de que se escriba u ordene una receta.
- Todos los problemas nuevos requieren una visita previa a cualquier prescripción.
- No proporcionamos recargas de recetas para pacientes que no cumplen con su tratamiento o visitas. • Los resurtidos se envían electrónicamente a la farmacia de su elección solo cuando existe un plan de tratamiento actual.
- Asegúrese de preguntar sobre su recarga durante su visita.

### **PROTECCIÓN DE IDENTIDAD**

- Estamos obligados a proteger la identidad de nuestros pacientes.
- Todos los pacientes deben presentar una "identificación con foto emitida por el gobierno". No hay excepciones para esta regla.
- Su compañía de seguros requiere que lo identifiquemos a través de una identificación emitida por el gobierno.
- Si no trae una identificación con foto, será reprogramado.

### **PORTAL DEL PACIENTE**

- Nuestro portal para pacientes le brinda acceso a sus resultados de laboratorio, registros médicos y resumen de visitas. Puede iniciar sesión en cualquier momento para revisar su expediente médico electrónico.
- Para reducir el tiempo de espera antes de su visita, inicie sesión en nuestro portal para pacientes y actualice su historial médico. Asegúrese de incluir todos sus medicamentos.



## CS CS INFORMACIÓN Y POLÍTICAS DE LA PRÁCTICA BS BS

### **NIÑOS, FAMILIARES Y VISITANTES**

¡AMAMOS a los niños! Sin embargo, tener niños presentes durante un examen presenta múltiples problemas tanto para el paciente como para el médico. La seguridad, la privacidad y la mala comunicación son solo algunas de las preocupaciones. Si llega con niños y nadie para cuidarlos durante su examen, será reprogramado.

Queremos brindar toda nuestra atención a su atención y tener un niño presente puede causar distracciones innecesarias tanto para usted como para su médico, lo que puede causarle un riesgo innecesario o incluso una lesión.

Si bien hacemos todo lo posible para brindar un entorno seguro, solo toma un segundo para que ocurra una lesión. No contamos con servicios de niñera ni el ambiente para permitir que los niños esperen durante su visita.

Además, no aceptaremos la responsabilidad de la supervisión de su hijo ni de ninguna lesión causada por tales circunstancias.

IMPORTANTE – comprenda que al permitir que alguien esté presente durante su atención, le está permitiendo acceso 3edico33 a su información financiera y de salud privada. En estas circunstancias, no 3edico33 garantizar la privacidad y no aceptamos responsabilidad por ninguna violación de la confidencialidad relacionada con su información personal de salud o información financiera personal.

#### Privacidad durante el examen

Debido a cuestiones de privacidad, no permitimos que más de una persona acompañe al paciente a la sala de examen. Además, tenga en cuenta que si permite que alguien esté presente en la sala de examen, nos está dando autorización para analizar su información personal de salud frente a esta persona.

#### Visitantes, miembros de la familia

No permitimos que más de una persona acompañe al paciente a su cita. Si trae a más de una persona con usted, se les pedirá que esperen afuera.

### **CELULARES Y CAMARAS**

- Para PROTEGER su privacidad y la de TODOS los pacientes, NO permitimos el uso de teléfonos celulares en nuestra oficina.
- Para PROTEGER su privacidad y la de TODOS los pacientes, NO permitimos que se tomen fotografías, videos o grabaciones de audio.
- Absolutamente no se pueden tomar Fotos, Video o Audio en las instalaciones sin el consentimiento expreso por escrito de la Administración de Netter J. Ortiz, MD, PLLC.

### **Confirmación de contacto, actualizaciones financieras y de historial 3edico: una semana antes de su visita**

- Llamaremos para confirmar su cita con una semana de anticipación como recordatorio de cortesía. Esto es para confirmar que su información de contacto está actualizada y para informarle sobre su responsabilidad financiera antes de su visita. Si necesita realizar algún cambio en su información de contacto, información financiera o su historial médico, este es el momento de asesorarnos. También puede actualizar y completar su historial médico a través de nuestro portal para pacientes antes de su visita para acortar el tiempo que pasa con el personal clínico mientras toman su historial.

### **Confirmación de cita – Día antes de su visita**

- Un día antes de su cita, le llamaremos de nuevo para confirmar su visita.
- Debemos recibir una confirmación de usted el día antes de su cita programada; de lo contrario, su cita será cancelada.
- Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana a través de nuestro servicio de contestador, donde puede dejar un mensaje para confirmar su cita si no estamos disponibles.

### **Números desconectados, devolución de correo, números incorrectos**

- Si no podemos comunicarnos con usted debido a números incorrectos, números de teléfono desconectados o devolución de correo, cancelaremos su cita. Es su responsabilidad informarnos de cualquier cambio en su información de contacto.



## DERECHOS DEL PACIENTE Y DEL PROVEEDOR

### **NUESTROS DERECHOS**

- Somos una práctica privada y como tal nos reservamos el derecho de aceptarlo como paciente.
- Los pacientes, familiares o visitantes que sean agresivos o disruptivos serán despedidos.
- Los pacientes que no cumplan con su plan de atención pueden ser despedidos.
- Los pacientes que no cumplen con sus citas o que faltan, cancelan o reprograman citas repetidamente pueden ser despedidos.
- Los pacientes que intenten fraude, violencia o coerción de cualquier tipo serán despedidos.
- Los pacientes, familiares o visitantes que sean groseros o irrespetuosos con cualquier miembro de nuestra práctica serán despedidos.
- Los pacientes que no cumplan con sus responsabilidades financieras pueden ser despedidos.
- Esperamos divulgación completa de nuestros pacientes para su información médica. Los pacientes que retengan intencionalmente información de salud vital pueden ser dados de alta.

### **TUS DERECHOS**

- Ser tratado con dignidad y respeto.
- Nos comunicaremos con usted honestamente.
- Tiene derecho a ser informado sobre los procedimientos, tratamientos y costos involucrados por los servicios que pueda recibir en esta práctica. Si tiene preguntas, no dude en preguntar.
- Si tiene una queja, investigaremos el asunto y haremos todo lo posible para resolver cualquier problema o inquietud que pueda tener.
- Haremos todo lo posible para comunicarnos con usted de manera eficaz, eficiente y oportuna.
- Haremos todo lo posible para brindarle la mejor atención médica posible. • Tiene derecho a tomar decisiones informadas sobre su atención médica y queremos asegurarnos de que sus elecciones estén informadas. Por favor, no dude en preguntar cualquier cosa que no entienda.
- Tiene derecho a negar cualquier servicio que se le ofrezca.
- Respetaremos y mantendremos su derecho a la privacidad.



## POLÍTICAS FINANCIERAS

### **SEGURO, MEDICAID, MEDICARE U OTROS PAGADORES DE TERCEROS**

IMPORTANTE: nuestro acuerdo financiero es con usted, el paciente, no con la compañía de seguros. En consecuencia, facturaremos a su seguro por cortesía, no como requisito. Su plan de seguro paga según la cobertura del plan que tenga, no según nuestras pautas. En consecuencia, su plan le proporcionará la misma Explicación de pago (EOP) que recibiremos, que definirá claramente su responsabilidad financiera.

Descargo de responsabilidad: cuando nos comuniquemos con su seguro para determinar qué beneficios tiene, automáticamente nos darán un descargo de responsabilidad que dice: "Los beneficios proporcionados no son una garantía de pago". Esto significa que pueden rechazar el pago en cualquier momento, incluso si lo aprobaron. Si esto ocurre, debe comprender que es responsable del pago total de todos los servicios prestados.

Si desea apelar este asunto con su compañía de seguros, con gusto le proporcionaremos información y una declaración, pero no apelaremos los servicios que se consideren no cubiertos por su compañía de seguros; esto es entre usted y su compañía de seguros.

Los servicios que no se pagan y luego pasan a ser responsabilidad del paciente, requieren el pago total inmediato. Una vez que haya pagado su cuenta, puede tomarse su tiempo para apelar cualquier problema de falta de pago con su compañía de seguros. Los servicios prestados vencen en su totalidad en el momento del servicio; por lo tanto, las apelaciones no cubren la falta de pago.

### **RESPONSABILIDADES DE PAGO PARA PACIENTES CON SEGURO**

Con los beneficios "verificados", y según lo exigen nuestros acuerdos contractuales con las compañías de seguros, DEBEMOS cobrar todos los copagos y todos los montos que se aplican a los copagos, deducibles o porciones de bolsillo del paciente (copagos). seguro).

Sin beneficios "verificados", requerimos el pago de todos los servicios en su totalidad. Si no podemos determinar los beneficios antes de su visita, sus servicios serán estimados y deberán pagarse antes de que se presten los servicios.

### **DEDUCIBLES, COPAGOS, GASTOS DE BOLSILLO**

Las obligaciones contractuales, la aceptación de asignaciones, la participación en la red y las leyes estatales y federales (dependiendo de su plan) exigen que cobremos todos los copagos, las porciones del paciente, las responsabilidades de coseguro y los deducibles. Por favor, no nos pida que pospongamos esto o que hagamos arreglos de pago. Estas son reglas establecidas por "su" compañía de seguros y debemos cumplirlas.

Todas las partes de los copagos, deducibles, servicios no cubiertos, coseguro y montos aplicados a los deducibles deben pagarse antes de que se presten los servicios.

### **RESPONSABILIDADES DE PAGO PARA CUENTAS EN EFECTIVO O AUTOPAGO**

El pago vence antes de los servicios prestados. Aceptamos efectivo, tarjetas de crédito, cheques y tarjetas de débito para su conveniencia. Todos los cheques recibidos en esta oficina se envían electrónicamente para su deducción inmediata. No aceptamos cheques posfechados

### **SIN COBERTURA DE SEGURO DESCUENTO**

Ofrecemos un 20% de descuento a los no asegurados. Todos los servicios deben ser pagados en su totalidad al momento del servicio para recibir dicho descuento. No ofrecemos planes de pago en efectivo o cuentas de autopago. Si más tarde se presenta con el seguro, no iremos retroactivos.

### **REEMBOLSOS DESPUÉS DE SER ELEGIBLE PARA BENEFICIOS DE TERCEROS**

No reembolsaremos las cuentas pagadas previamente como una cuenta de pago por cuenta propia o en efectivo bajo ninguna circunstancia si luego proporciona información sobre el seguro o se vuelve elegible para Medicaid.



## CS CS POLÍTICAS FINANCIERAS CS CS

### **BENEFICIOS DE MEDICAID**

ES SU RESPONSABILIDAD MANTENER SUS BENEFICIOS DE MEDICAID. No seremos responsables de los pacientes que no renueven su Medicaid. Si su cobertura de Medicaid caduca, su cuenta se convertirá inmediatamente en una cuenta de autopago/efectivo y usted será responsable de todos los servicios prestados a partir de la fecha de caducidad de la cobertura. NO aceptaremos Medicaid retroactivamente. No reembolsaremos dinero por servicios pagados durante lapsos de cobertura. Solo aceptaremos Medicaid desde el momento en que nos brinde una cobertura renovada.

Para los pacientes que comienzan con un seguro privado o como una cuenta de autopago/efectivo, tenga en cuenta que NO proporcionamos reembolsos por la atención brindada en efectivo a los pacientes que luego califican para Medicaid u otra asistencia o seguro de terceros. Las cuentas de los pacientes deben pagarse en su totalidad, hasta la fecha actual del servicio antes de que se consideren nuevos términos de cobertura o arreglos financieros.

Si planea solicitar Medicaid, tenga en cuenta que solo aceptaremos Medicaid a partir de ese momento y ÚNICAMENTE si su cuenta está al día.

NO buscaremos su cuenta de Medicaid, ya que es su responsabilidad proporcionarnos su tarjeta. Solo aceptaremos Medicaid desde el momento en que realmente nos traiga su tarjeta. No facturaremos retroactivamente. Solo aceptaremos beneficios si la cuenta se ha pagado en su totalidad durante ese mes prorrateado. Hable con nuestro Departamento de facturación para obtener una propuesta por escrito sobre los servicios y otros detalles.

### **FORMULARIOS Y COPIA DE REGISTROS MÉDICOS**

Formularios: Hay una tarifa de \$25.00 por completar cada formulario de discapacidad, FMLA, cobertura de beneficios complementarios o cualquier otro formulario que requiera la firma y revisión del médico. En caso de que se requieran registros médicos, se cobrará una tarifa adicional (consulte a continuación Tarifas de registros médicos) por los registros médicos.

Expedientes médicos: Para copias de expedientes médicos, hay una tarifa base de \$25.00. Esta tarifa cubre hasta la página 20. Las páginas adicionales se cobrarán a 0,50 centavos cada una. Las tarifas adicionales incluyen mano de obra y suministros, que se prorratearán en función del tiempo y las cantidades utilizadas. Estas tarifas están de acuerdo con las reglas de la Junta Médica de Texas §165.2.

Tenga en cuenta que tiene acceso completo a sus registros médicos en el portal del paciente.

### **POLÍTICA DE CHEQUES DEVUELTOS Y TRANSACCIONES DE DÉBITO/CRÉDITO NO APROBADAS:**

Los cheques NSF u otros artículos devueltos (independientemente del método de pago) requerirán reembolso en efectivo o fondos certificados, más un cargo de \$45.00. Cualquier elemento no pagado y resuelto en su totalidad dentro de los 15 días será perseguido a través de la oficina del Fiscal General y procesado por esta oficina.



**ADVERTENCIA DE FRAUDE: MEDICAID, MEDICARE, SEGURO PRIVADO**

Medicaid se considera el pagador de último recurso para los gastos médicos (Código Administrativo de Texas 42 CFR §358.219). Esto significa que debe agotar todas las responsabilidades de seguros privados antes de utilizar fondos estatales o federales.

De acuerdo con la Ley Federal (42 CFR §§433.138 – 433.148), **todos los beneficiarios de Medicaid deben informar cualquier seguro privado a Medicaid.** Como condición de elegibilidad para Medicaid, una persona debe:

- cooperar en el suministro de cualquier información de recursos de terceros (TPR) a la HHSC; y
- estar de acuerdo con la cesión de derechos (AOR) de cualquier beneficio TPR a HHSC.

Además, todos los proveedores de atención médica deben notificar a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas sobre fraude cuando se descubre un seguro privado pero el paciente no lo divulga.

**Lo que esto significa para usted:**

Si tiene Medicaid y un seguro privado, pero no divulga esta información a Medicaid o a nuestra oficina, esto se considera fraude del programa Medicaid, que es un programa financiado por el estado y el gobierno federal. El fraude bajo estos programas es punible por ley.

Si descubrimos que no reveló esta información, la ley nos exige que notifiquemos al DHHS de Texas. Cooperaremos con las autoridades en todos los casos de fraude.

Estamos obligados a referir a la persona por fraude si la persona:

- no informa ninguna cobertura o responsabilidad de TPR; o
- no reembolsa a la HHSC cuando se recibe el pago de un tercero por servicios médicos y el gasto es de cien dólares o más.

En los casos en que Medicaid recupera los pagos de nuestra oficina, el paciente es responsable del saldo de la cuenta, que vence de inmediato.

**RECONOCIMIENTO**

He \_\_\_\_\_ leído y comprendido la información y las políticas anteriores y acepto adherirme a ellas. Además, se entiende que si cometo un fraude, mi proveedor debe informar dichos casos a las autoridades correspondientes.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre		seguridad Social #	Estado civil [ ] S [ ] C [ ] D [ ] V	Sexo [ ] M [ ] H	Fecha nacida
Dirección			Teléfono del hogar:	teléfono celular:	
Ciudad:		Estado:	código postal:	Licencia de conducir:	
Empleador	Dirección		Teléfono de trabajo:	Ocupación:	
Contacto de emergencia (nombre, relación y número de teléfono)				Referido por:	
<b>Información de La Parte Responsable/Guardián *</b>					
Nombre		seguridad Social #	Estado civil [ ] S [ ] C [ ] D [ ] V	Sexo [ ] M [ ] H	Fecha nacida
Dirección			Teléfono del hogar:	teléfono celular:	
Ciudad:		Estado:	código postal:	Licencia de conducir:	
Empleador	Dirección (incluye ciudad, estado y cremallera)		Teléfono de trabajo:	Ocupación:	
<b>Información de Seguro * Por favor presente tarjetas de seguro a la recepcionista además de completar el área a continuación.</b>					
Seguro: Nombre de la Compañía * Primaria			Nombre de identificación	Grupo #	
Dirección de la compañía de seguros (incluye ciudad, estado y cremallera)					
Nombre del asegurado			Fecha nacida	Relación con el paciente	
Seguro adicional: Nombre de la empresa *Secundario			Nombre de identificación	Grupo #	
Dirección de la compañía de seguros (incluye ciudad, estado y cremallera)					
Nombre del asegurado			Fecha nacida	Relación con el paciente	
<b>Información adicional</b>			<b>Uso de la oficina solamente</b>		
¿Te hirieron en el trabajo? [ ] Sí [ ] No En caso afirmativo, fecha de la lesión: ____/____/____			[ ] Self-pay patient (collect @ time of service)		
¿Se lesionó en un accidente automovilístico? [ ] Sí [ ] No En caso afirmativo, fecha de la lesión: ____/____/____			[ ] MCD patient (verified day before)		
Lesiones: _____			[ ] Insured patient (collect co-pay & deductible)		
Chart Number: _____			[ ] Maternity package patient (paid initial deposit)		
Medical Record # _____			[ ] MCDR patient (collect patient portion)		
			[ ] TX DL [ ] TX ID [ ] Scanned?		
			[ ] Passport [ ] Other ID [ ] In patient acct?		
			Vfy By: _____ Date: _____		

**RECONOCIMIENTO**

Doy fe de que soy el paciente o el tutor legalmente designado y autorizado de los pacientes; y la información que le di a Netter J. Ortiz, MD, PLLC, es verdadero y correcto. Además, reconozco que la información proporcionada en estos documentos se puede usar con el propósito de facturar y recibir pagos bajo los programas de Medicare y / o Medicaid, y / o planes de seguro privados, que están protegidos por las leyes federales y estatales. Entiendo que la falsificación de esta información se considera fraudulenta y está sujeta a la protección bajo estas leyes. Al firmar este acuerdo, declaro que toda la información es verdadera y precisa.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_





**CS CS PARTICIPACIÓN DEL PROGRAMA DE CALIDAD DEL GOBIERNO CS CS**

Como parte del programa de uso significativo del gobierno y el sistema de informes de calidad de los médicos, nuestro consultorio participa activamente en el registro de la información demográfica de los pacientes. Esta información se informa solo como un resultado numérico y no hay una identidad adjunta a los datos.

Elija su preferencia de origen étnico, raza e idioma a continuación.

**Etnicidad**

- Hispano o latino
- No hispana o latina
- Desconocida

**Raza**

- India americana o nativa de Alaska
- Asiático
- Negro o afroamericano
- Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico
- Blanco
- Desconocida
- otra carrera: \_\_\_\_\_

**Preferencia de idioma**

Prefiero comunicarme en el siguiente idioma:

**Escritura:**

- Inglés
- Español
- Otro Por favor especifique: \_\_\_\_\_

**Verbal:**

- Inglés
- Español
- Otro Por favor especifique: \_\_\_\_\_



**CONSENTIMIENTO GENERAL PARA EL TRATAMIENTO**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

El siguiente es un consentimiento general para el tratamiento de los servicios prestados por Netter J. Ortiz, MD., PLLC, que puede incluir procedimientos de diagnóstico, radiología y laboratorio y la administración de medicamentos. Si necesita tratamiento y procedimientos adicionales, discutiremos con usted dicho tratamiento y opciones, y obtendremos su consentimiento antes de proceder.

Yo, sabiendo que necesito un examen o tratamiento, doy voluntariamente mi consentimiento para dichos procedimientos y atención médica que me brinden los médicos de Netter J. Ortiz, MD., PLLC, o su designado, según sea necesario.

Además, reconozco que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que Netter J. Ortiz, MD, PLLC, PLLC o sus representantes no me han dado garantías en cuanto al resultado de los tratamientos o exámenes.

**ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS**

Por la presente autorizo y dirijo el pago de beneficios médicos y quirúrgicos a Netter J. Ortiz, MD, PLLC, PLLC, sus médicos o designados bajo su supervisión, por los servicios prestados a mí. Entiendo que soy financieramente responsable de todas las tarifas o saldos restantes no cubiertos por mi seguro o por un tercero pagador.

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN**

Por la presente, autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para procesar reclamos de acuerdo con la Ley de Portabilidad de Pacientes de Información de Salud.

**RECONOCIMIENTO Y RECIBO DE LA PÓLIZA**

Se me ha proporcionado la siguiente información y soy consciente de que puedo hacer preguntas con respecto a la información recibida.

- 1. Pg #1: Bienvenido a nuestra práctica (información general de la práctica)
- 2. Pg #2-3: Información y políticas de la práctica
- 3. Pg #4: Derechos del paciente y del proveedor
- 4. Pg #5-6: Políticas Financieras
- 5. Pg #7: Advertencia de fraude de Medicaid Medicare
- 6. Pg #8: Ficha demográfica del paciente
- 7. Pg #9: Aviso de programa de gobierno
- 8. Pg #10: Consentimiento para tratar y reconocimiento de la política

Conservará copias de las páginas 1 a 6, mantendremos las páginas 7 a 10 en su registro permanente como reconocimiento de que ha leído, entendido y está de acuerdo con nuestras políticas.

Firma: \_\_\_\_\_  
Patient or Guardian

Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_