

Family Clinic  
808 W.W. Ray Circle  
Bridgeport, TX 76426  
phone; 940/683-2297 Fax; 940/683-2722

## Reglas Financieras

Nuestra clínica quiere darle la bienvenida y agradecerle por haber elegido a nuestros doctores para su cuidado de salud. Lo siguiente es una explicación de nuestras reglas financieras.

Nuestra clínica está contratada con compañías de aseguranzas médicas. Bajo estos contratos, nuestra oficina tiene que dar la información de su visita a su aseguranzas. Para asegurar que usted es la persona asegurada necesitamos su identificación y su número de seguro social. También tenemos que colectar su co-pago o su deducible el día de su visita, por favor esté preparado para pagar su parte. Después que su aseguranzas haya pagado por su visita y se apliquen los descuentos, cualquier balance que no sea pagado por su aseguranzas será su responsabilidad o cualquier sobrepago será reembolsado.

Si usted tiene Medicare, nuestra clínica enviara la información de su visita y el cobro a Medicare. Pero si usted recibe un servicio que no será pagado por Medicare, tendrá que firmar una forma y pagar por el servicio.

Pacientes que tengan alguna aseguranzas comercial con la cual nuestra clínica no esté contratada, tendrá que pagar por la consulta médica y cualquier servicio obtenido el día de su visita. Si usted está aquí por un accidente automovilístico, una caída/accidente en la escuela o en alguna tienda, será su responsabilidad pagar por su visita.

Pacientes que no tienen aseguranzas tendrán que pagar por todos los servicios el día de la visita.

Si no puede pagar lo requerido el día de su visita, por favor hable con nuestra oficina para fijar un plan de pagos antes de su visita.

Sugerimos que notifique a nuestra oficina de cualquier cambio en su aseguranzas. Si tiene alguna pregunta acerca de nuestras pólizas financieras, por favor hable con un representante de nuestra oficina.

Gracias por elegir a nuestra clínica.

Firma abajo para confirmar que usted:

1. Entiende y está de acuerdo con los términos de nuestras reglas financieras.
2. Da su consentimiento y autorización para cualquier tratamiento que se considere necesario o sea recomendado por su doctor. Todos los diagnósticos y tratamientos se le serán explicados y entiende que no hay garantía o seguridad que obtendrá resultados con el tratamiento.
3. Autoriza que Familia Clínica envíe la información de su consulta médica a su aseguranzas para recibir el pago por los servicios obtenidos.
4. Autoriza que su aseguranzas pague a Familia Clínica por los servicios recibidos.

X \_\_\_\_\_

Firma del Paciente O Representante legal

X \_\_\_\_\_

Fecha

Family Clinic  
808 W.W. Ray Circle  
Bridgeport, TX 76426  
phone; 940/683-2297 Fax; 940/683-2722

### **NUEVOS PACIENTES SIN ASEGURANZA**

Se requiere su pago antes de la visita inicial. El costo de la consulta puede variar dese \$149 hasta \$262 dependiendo de los servicios obtenidos, como rayos x, inyecciones, exámenes de laboratorio, etcétera... Podrá hacer un plan de pagos después de su visita si lo considera necesario.

### **NUEVOS PACIENTES CON ASEGURANZA**

Su aseguranzas tendrá que ser verificada antes de cada visita. Si por alguna razón no podemos verificar su cobertura, usted tendrá que pagar por su visita. El costo de la consulta puede variar dependiendo de los servicios obtenidos, como rayos x, inyecciones, exámenes de laboratorio, etcétera... Podrá hacer un plan de pagos después de su visita si lo considera necesario.

Gracias,

Familia Clínica

X \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente

X \_\_\_\_\_

Firma del paciente O Representante legal

**DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

Yo he leído o recibido el aviso de las Prácticas de Privacidad de Familia Clínica, en el que me explica como mi información médica será usada.

También entiendo que para enviar recetas de mis medicamentos electrónicamente y para asegurar la continuación de mi cuidado de salud, autorizo que mi historial de medicamentos sea descargado a través de RxHub.

X \_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

X \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

X \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente O Representante legal

X \_\_\_\_\_  
Fecha de hoy

\_\_\_\_\_  
Relación al Paciente

X \_\_\_\_\_  
Witness Signature

X \_\_\_\_\_  
Today's Date

## INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Numero De Seguro Social \_\_\_\_\_  
Raza \_\_\_\_\_ Lenguaje \_\_\_\_\_ Correo Electronico \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_Codigo Postal \_\_\_\_\_  
Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_ ¿Empleado? \_\_\_\_\_  
Empresario \_\_\_\_\_ Telefono De Trabajo \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_Codigo Postal \_\_\_\_\_  
Estado Civil \_\_\_\_\_ Relación a la Persona Responsable \_\_\_\_\_

---

## INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Numero De Seguro Social \_\_\_\_\_  
Raza \_\_\_\_\_ Lenguaje \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_Codigo Postal \_\_\_\_\_

---

### HIPAA

Yo **NO DOY** autorización a Family Clinic a entregar cualquier papeleo o hablar con las personas nombradas en mi favor:

Yo **DOY** autorización a Family Clinic a entregar cualquier papeleo o hablar con las personas nombradas en mi favor: \_\_\_\_\_

Por favor, circule el método de contacto de su preferencia y escriba la información:

Teléfono, Correo o Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

## CONTACTOS DE EMERGENCIA

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

2. Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Yo doy autorización a Familia Clínica para enviar tarjetas postales o dejar mensajes con respecto a resultados de exámenes de laboratorio e información de citas a la dirección o nuero de teléfono que tengo en el archivo de la oficina. Si no pueden comunicarse conmigo, yo autorizo que dejen un mensaje en mi lugar de empleo para llamar a la oficina de mi doctor. Esta autorización estará en efecto hasta que yo notifique por escrito lo contrario.

Firma del paciente o representante legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

New Patient Packet

Page 4 of 4

Date \_\_\_\_\_

Familia Clínica  
808 W.W. Ray Circle  
Bridgeport, TX 76426  
Phone; 940/683-2297 Fax; 940/683-2722

## Dolor Cronica

Yo, \_\_\_\_\_ entiendo que Dr. David A Ray o los asistentes DeLeon y Millis, no me verán por algo relacionado con mi condición de dolor crónica.

Ellos me pueden referir a un especialista apropiado para mi dolor. Entiendo también que no pediré cualquier relleno de medicamentos para el dolor en esta oficina en cualquier momento, no hay excepciones.

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

Fecha

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Witness

Date

Page 1 of 1

New Patient Packet

Date \_\_\_\_\_

Family Clinic  
808 W.W. Ray Circle  
Bridgeport, TX 76426  
Phone; 940/683-2297 Fax; 940/683-2722

**Consentimiento informado para utilizar el Portal de paciente**

La Family Clinic ofrece esta herramienta de comunicación compatible con HIPAA segura, como una cortesía a nuestros pacientes. Es un servicio opcional, y reservamos el derecho de suspender o darle por terminado en cualquier momento. Le avisaremos de los cambios lo más pronto posible. Este formulario esta diseñado para informar al usuario de los hechos y los riesgos asociados al uso del portal web. Al firmar a la continuación, usted confirma que he leído, entiende y acepta cumplir con nuestros procedimientos y directivas para utilizar el portal de pacientes.

**Privacidad y seguridad**

El portal web o página web tiene una conexión segura con nuestra clínica que utiliza el cifrado para evitar que personas no autorizadas lean su información de salud o su comunicación a nosotros. Para ayudar a asegurar que sigue siendo segura, tenemos que tener su actual dirección de correo electrónico y por si cambie, nos tiene que avisar. Mantenga su ID de usuario y contraseña de portal seguro, para que solo usted o una persona autorizada por usted, pueda obtener acceso a su información. Si cree que alguien ha aprendido su contraseña, inmediatamente visite el sitio web portal y cambiarlo.

Su dirección de correo electrónico es confidencial y la información está protegida. Con nuestro mejor esfuerzo protegeremos esta información como lo hacemos con su información médica y otra información personal. Nunca intencionadamente compartiremos esta información con otras personas o compañías.

Todo el acceso a nuestra red interna y nuestros registros médicos electrónicos están protegidos por contraseña.

=====

Confidencial correo electrónico; \_\_\_\_\_  
(Portal de información de registro va a ir a esta dirección, nos habla si cambia por favor)

Nombre de paciente; \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento; \_\_\_\_\_

Nombre de padre/ guardián; \_\_\_\_\_

Firma; \_\_\_\_\_ Fecha; \_\_\_\_\_