



ALDO F BEJARANO MD PA
3801 Vista Rd, Suite 350-B
Pasadena, TX 77504

Información del Paciente

Fecha: _____

Nombre: _____

Apellido

Nombre

Inicial

Dirección: _____

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono:(____)_____ Teléfono Móvil:(____)_____ Otro: (____)_____

Fecha de Nacimiento:_____ Sexo: Femenino () Masculino () Idioma _____

Etnicidad: () Hispano () No Hispano Raza: _____

Nombre de Escuela:_____ Dirección:_____

Contacto de Emergencia _____ Telefono:_____

Email _____

Persona Responsable

Nombre:_____ Relación con el Paciente:_____

Dirección: (si es diferente)_____

Ciudad

Estado

Código Postal

Fecha de Nacimiento:_____ #ID:_____

Empleo:_____ Teléfono de Empleo:(____)_____

Información del Seguro

Nombre de Seguro:_____ Seguro Secundario_____

Nombre del Asegurado:_____ Nombre del Asegurado:_____

Fecha de Nacimiento:_____ Fecha de Nacimiento:_____

Número de Seguro:_____ Numero de Seguro:_____

Numero de Grupo:_____ Numero de Grupo:_____

Relación con el Paciente:_____ Relación con el Paciente:_____

Por favor liste otros familiares que sean pacientes:_____

Asignación de Beneficios y Política de Pagos de Nuestra Oficina

Yo autorizo a Aldo F. Bejarano, MD., P.A. a dar mi información médica necesaria para procesar un reclamo al seguro, aplicaciones del seguro y prescripciones médicas. Yo también autorizo el pago de beneficios a Aldo F. Bejarano, MD., P.A.

Firma del Paciente o Responsable _____ Fecha _____

Para establecer una excelente relación con nuestros pacientes y evitar malentendidos y confusiones; nuestros empleados están debidamente entrenados para informarles de nuestra política de pagos. Todo pago por los servicios brindados en nuestra oficina será por adelantado antes de la atención por nuestro personal médico. Si mantiene un balance que sea enviado a un servicio de cobranzas, habrá un recargo de \$10.00. Su firma debajo, significa que Ud. Entiende nuestra política.

Firma del Paciente o Responsable _____ Fecha _____

Carta de bienvenida

Gracias por elegir el Dr. Aldo F Bejarano como su proveedor médico

El Dr. Bejarano y su personal hacen todos los esfuerzos para brindarle la mejor atención médica y asegurarse de que se cumplan sus necesidades médicas en un tiempo razonable. Mantener una comunicación abierta con nuestros pacientes es crucial para alcanzar esta meta, por eso queremos compartir con ustedes algunas de nuestras políticas.

CITAS: aun cuando aceptamos pacientes walk-in, preferimos que llame para reservar una cita. Nuestro personal llamará el día anterior para recordarle de su cita. Tenemos una política de cancelación que pide a los pacientes cancelar su cita 24 horas por adelantado para evitar un recargo de \$25.00.

PAGOS AL MOMENTO DE SERVICIO: Copagos se recogerán por adelantado y co-seguro al final de la visita porque el costo se basa en el nivel de la visita. Los pacientes sin seguro pagaran una cuota a su llegada y otra al final de la visita.

RECETAS MEDICAS: Para evitar quedarse sin medicación, favor llamar a su farmacia una semana de antelación. No espere hasta que se termine el medicamento para llamar. La farmacia nos contactara; una vez que recibamos la solicitud, intentaremos responder el mismo día, a menos que se requiera la autorización del seguro. Nuestro personal lo mantendrá informado de cualquier problema con el seguro.

EXAMENES: Cuando el Dr. Bejarano pide exámenes como una resonancia magnética, TAC, radiografías, etc.; otra empresa le llamará para coordinar la cita con Ud. y el lugar donde se llevara a cabo el examen. Permítale 2-3 días para comunicarse con Ud.. Si no oye de ellos durante este tiempo, llame al número que le dimos a usted al final de la visita al consultorio. Si pasa una semana, por favor háganoslo saber. Si la prueba es una emergencia, nosotros haremos la cita y lo necesario para obtener la autorización de seguro, si se requiere.

REFERENCIAS AL ESPECIALISTA: Estamos sujetos a los reglamentos de su seguro de salud. Nuestro coordinador de referencia tratara de concertar una cita con el especialista al final de su visita. Si una autorización es necesaria, por favor permítanos 3-4 días puesto que necesitaremos llamar a su seguro para su aprobación. Nuestra oficina enviará los documentos necesarios a la oficina del especialista. Si después de una semana no oye de nosotros, por favor llámenos. Investigaremos el retraso y le informaremos de cualquier problema con el seguro.

ÓRDENES DE LABORATORIO Y RESULTADOS: Cuando el Dr. Bejarano ordena laboratorios, enviaremos el pedido al laboratorio que es contratado con su plan de seguro y a un lugar que sea conveniente para usted. Para obtener resultados de laboratorio, nos contactaremos con usted por si es necesario una cita de seguimiento o darle nuevas órdenes del doctor.

OTROS EXAMENES: Una vez que recibamos el informe del especialista o laboratorio, le contactaremos si necesita una evaluación adicional o cambios en la medicación. Si no le hemos contactado, es porque los resultados no regresaron o fueron normales. El Dr. Bejarano hablará con usted sobre una cita de seguimiento. Sin embargo, es bienvenido a llamar para obtener sus resultados antes de ese tiempo.

MENSAJES PARA EL DOCTOR O SUS ASISTENTES: Sus mensajes serán inspeccionados a lo largo del día y respondidos en 24 horas. Si el mensaje es una emergencia, nosotros le contactaremos en el mismo día.

CAMBIOS EN SU INFORMACION PERSONAL Y/O SEGURO: Por favor, manténganos informados de cualquier cambio en su seguro. Hemos colocado formas en la ventana para facilitar este proceso. Es muy importante saber estos cambios ya que afectará su atención médica.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA: una vez más, por favor háganos saber si cambia su plan de seguro. Hay fechas límites que un proveedor debe cumplir. Si no las cumplimos, se les negará el reclamo servicio y tendremos que facturar a Ud. por estos servicios.

EXAMENES PREVENTIVOS: Nuestra oficina reconoce la importancia de la medicina preventiva. Le enviaremos recordatorios durante todo el año para hacerle saber qué exámenes o vacunas son necesarias.

ESTADOS DE CUENTA: enviaremos estados de cuenta en forma mensual.

FORMAS NO RELACIONADAS A SU ATENCION MEDICA: Habrá un cargo de \$25,00 para llenar estos formularios. Si una cita es necesaria y su seguro no lo cubre, se aplicará la tarifa respectiva.

Esperamos que esta carta contribuya a una relación duradera y ayudarnos a alcanzar nuestro objetivo de proporcionar la mejor atención médica posible.

Pediatría Dr. Aldo F. Bejarano, M.D.

Nombre

firma

fecha



ALDO F BEJARANO MD PA

QUESTIONARIO DEL PACIENTE

Por favor indicar los miembros de familia u otras personas a quien podamos darle informacion acerca de la condicion medica general de su hijo o hija (incluyendo tratamientos y pagos).

Por favor indicar a los miembros de su familia u otras personas a quien podemos dar informacion de su hijo o hija acerca de la condicion medica. SOLO EN CASO DE EMERGENCIA.

Por favor indicar la direccion donde quisiera que le enviemos los estados de cuenta y correspondencia de nuestra oficina; si es diferente de su domicilio.

Por favor indicar si desea que la correspondencia de nuestra oficina se la enviemos en un sobre cerrado y marcado "CONFIDENCIAL".

SI _____ NO _____

Por favor indicar si tiene algun numero de telefono diferente al de su domicilio donde le gustaria recibir llamadas sobre su hijo o hija incluyendo laboratorios, rayos-x o alguna otra informacion medica: _____

Estoy Conciente de que un telefono celular no es una linea segura

Le podemos dejar un mensaje confidencial (recordatorios de cita) en su correo de voz.

SI _____ NO _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____

Firma del Padre o Guardian

Fecha

ALDO F. BEJARANO MD., P.A.

PEDIATRICS

3801 VISTA RD., SUITE 350 B

PASADENA, TX 77504

ACKNOWLEDGEMENT FORM

I have received the Notice of Privacy practices and I have been provided an opportunity to review it.

Name _____ DOB _____

Signature _____

Date _____

POLITICA FINANCIERA

Nombre del Paciente _____ Es la política de esta oficina que todos los pacientes, o sus garantes, son responsables de los servicios prestados por Aldo F. Bejarano MD., P.A.

1. Esperamos que el co-pago se pague en el momento del servicio.
2. La oficina pide que todos los pacientes asignen todos los pagos de la compañía de seguros directamente a la práctica para evitar cualquier malentendido sobre pago por servicios profesionales. El paciente será responsable de cualquier porción de su factura que no está cubierto por la compañía de seguros. Si el paciente es menor de edad o incapaces de firmar, el padre/garante responsable que firmó el consentimiento para el tratamiento será responsable por cualquier porción no cubierto por la aseguradora.
3. Si no proporciona información precisa sobre su seguro oportunamente, su compañía de seguros puede rechazar el reclamo. Si la solicitud es denegada, Ud. será financieramente responsable por los servicios prestados.
4. Si hubo cambios en su seguro, notifiquenoslo antes de su próxima visita para que podamos hacer los cambios apropiados para ayudarle a recibir sus beneficios máximos.
5. Antes de recibir servicios, usted debe verificar que somos proveedores participantes con su compañía de seguros. En caso de que no estamos participando los proveedores con su compañía de seguros; nosotros presentaremos un reclamo inicial como una cortesía. El pago, sin embargo, es debido completo en el momento del servicio. Es su responsabilidad verificar esto antes de su cita.
6. Debemos destacar que, como proveedores de servicios médicos, nuestra relación es con usted, el paciente y no su compañía de seguros. Su seguro es un contrato entre Ud., su compañía de seguros y posiblemente su empleador. Es su responsabilidad saber y entender el nivel de servicios cubiertos por su compañía de seguros.
7. Podemos aceptar la asignación previa comprobación de su cobertura. Por favor tenga en cuenta que algunos o tal vez todos los servicios podrían no estar cubiertos en su totalidad por su compañía de seguros. Usted es financieramente responsable por servicios no cubiertos por su compañía de seguros.
8. Todos los pacientes pueden ser requeridos a pagar un depósito o estimado de co-pago y deducibles antes de los servicios.
9. Usted debe proporcionar su dirección de facturación más actual, todos los números de teléfono disponibles y cualquier otra información de contacto importante y si nada de esto cambia, es su responsabilidad de contactarnos con su información actualizada.
10. Le enviaremos un estado de cuenta (a la dirección que usted nos proporcionó) notificando de cualquiera deuda que Ud. tenga. Si usted tiene alguna pregunta sobre la validez de cualquier saldo, es su responsabilidad contactar con nuestra oficina dentro de treinta (30) días después del recibo de su estado de cuenta.
11. Si no es capaz de pagar el saldo completo, debe comunicarse con nuestra oficina para discutir un calendario de pagos. Si usted no cumple con los pagos según lo acordado, su cuenta puede ser referida a una agencia de colección profesional o a un abogado.
12. En caso de enviar el pago con cheque y el Banco devuelve el cheque sin pagar por cualquier motivo, añadiremos \$20,00 a su saldo original.
13. Aceptamos diversos métodos de pago incluyendo tarjetas de crédito, orden de dinero y cupones de pago. Si necesita establecer un plan de pago, por favor hable con nuestro Departamento de facturación.

Otra vez, gracias por su comprensión y cooperación con esta política.

Por la presente entiendo y estoy de acuerdo con la política financiera de Aldo F. Bejarano MD., P.A.

Relación con el paciente: _____

Fecha: _____ Nombre de la persona que firma _____

Firma del responsable padre/garante (si es necesario): _____

Estimado Paciente/ familia de Aldo F Bejarano, MD., P.A.

Muchos pacientes han preguntado por qué estamos recolectando información demográfica este año. Nuestra motivación es un reflejo de las iniciativas a nivel nacional para mejorar la atención al paciente. Como siempre, estamos obligados por las leyes de Privacidad HIPAA para utilizar esta información privada sólo con fines internos y no compartir con otras entidades, a menos que sea esencial para la entrega de su atención médica, o si hemos recibido explícitamente su permiso para compartir.

Es voluntaria de su parte para dar respuesta a estas preguntas. Es importante distinguir entre los pacientes que no damos la oportunidad de responder a las preguntas, frente a aquellos que optaron por no dar una respuesta.

P. ¿Por qué hacemos pregunta sobre raza y origen étnico?

R. muchos estudios demuestran las disparidades en la prestación de asistencia sanitaria a diferentes grupos raciales y étnicos. Buscan programas en todo el país para hacer frente a estas deficiencias en la atención. Esto sólo es posible si tenemos conocimiento de que existen estas desigualdades.

P. ¿de dónde vinieron las categorías de raza y etnicidad?

R. las categorías de raza y origen étnico se basan en estándares publicados en el Registro Federal y se le ordena por las reglas de Medicare/Medicaid para uso "Uso significativo". Esto es muy similar a la información que dieron en una encuesta del censo. Entendemos que usted puede sentir estas categorías no se aplican a usted, o pueden que no sea reflejo de cómo usted se identifica, pero estamos obligados a seguir estas normas sin excepción.

¿Por qué están preguntando idioma preferido?

R. sabe que la información médica a veces se pierde en la traducción entre pacientes y personal médico. El primer paso para abordar cualquier problema potencial con el idioma es identificar cual es el idioma preferido por nuestros pacientes y sus padres.

¿Por qué piden las preferencias de contacto?

A. a medida que avanza la tecnología, sabemos que los pacientes tienen diferentes preferencias en cómo les gustaría recibir diversos tipos de información de nuestra práctica. El primer paso para hacer mejoras en la comunicación paciente debe recoger las preferencias.

Etnie:	Hispana	___	raza:	Blanco	___
	No hispanos	___		Negro	___
	No responde	___		Asiatico	___
				Indios americanos	___
Idioma:	Inglés	___		Nativo hawaiano	___
	Español	___		No responde	___
	Otros	___			

Método de contacto:		Phone	Correo	email
	Problemas médicos	_____	_____	_____
	Recordatorios	_____	_____	_____
	Tratamientos	_____	_____	_____
	Estados de Cuenta	_____	_____	_____
	Avisos generales	_____	_____	_____
	Portal de paciente	_____	_____	_____

Nombre del Paciente _____

Email _____



ALDO F BEJARANO MD PA

3801 VISTA RD, SUITE 350B
PASADENA, TX 77504
(832)386-9200, FAX (832)386-9203

E - Prescripción de consentimiento

ePrescribing se define por la capacidad del médico para enviar electrónicamente una receta precisa, libre de errores y comprensible directamente a una farmacia. El Congreso ha determinado que la capacidad de enviar electrónicamente las recetas es un elemento importante en la mejora de la calidad del cuidado del paciente.

ePrescribing reduce substancialmente errores de medicación y mejora la seguridad del paciente. La Ley de Modernización de Medicare (MMA) de 2003; figuran las normas que deben incluirse en un programa de ePrescribe.

Estos incluyen:

- **Transacciones formulario y beneficio.** Da al médico la información acerca de cuáles son los medicamentos que están cubiertos por el plan de beneficios de medicinas.
- **Las transacciones de la historia de medicación.** Proporciona al médico la información acerca de los medicamentos que el paciente está tomando, para reducir al mínimo el número de eventos adversos a la droga.
- **Situación del despacho de la medicina.** Permite al médico, recibir una notificación electrónica de la farmacia diciéndole si la receta médica del paciente ha sido recogida, no se recogió o está parcialmente despachada.

Al firmar este formulario de consentimiento, usted está de acuerdo que Aldo F Bejarano MD., P.A. puede solicitar y usar su historia de medicinas de otros proveedores de atención médica y/o farmacias, para fines de su tratamiento.

Habiendo entendido todo lo anterior, por la presente proporciono mi consentimiento a Aldo F Bejarano MD, P.A. para inscribirme en el programa ePrescribe. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción.

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

FIRMA DEL GUARDIAN

FECHA