

4S RANCH

16918 Dove Canyon Road
Suite 103
San Diego, CA 92127
P: 858-649-5100
F: 858-649-5099

CHULA VISTA

959 Lane Avenue
Building B, Suite 100
Chula Vista, CA 91914
P: 619-329-5571
F: 619-329-5357

ENCINITAS

326 Santa Fe Drive
Suite 105
Encinitas, CA 92024
P: 760-452-3340
F: 760-452-3344

LA JOLLA

9850 Genesee Avenue
Suite 560
La Jolla, CA 92037
P: 858-552-1410
F: 858-552-0929

MURRIETA

28078 Baxter Road
Suite 140
Murrieta, CA 92563
P: 760-733-9191
F: 760-733-9192

RIVERSIDE

4500 Brockton Avenue
Suite 319
Riverside, CA 92501
P: 951-319-7326
F: 951-394-9025

SAN MARCOS

838 Nordahl Road
Suite 300
San Marcos, CA 92069
P: 760-747-8935
F: 760-747-7951

California Cancer Associates for Research and Excellence (cCARE) es el centro privado de oncología y hematología de servicio completo más grande de California. Con oficinas en el sur de California y el área metropolitana de Fresno, cCARE ofrece servicios extensos y atención de primer nivel para cada etapa de su tratamiento, incluyendo: oncología, quimioterapia, oncología radioterápica, hematología, infusión e imagen. En cCARE creemos que el tratamiento va más allá que la medicina. Se trata de compasión, prevención, investigación y bienestar. Sabemos que el tratamiento del cáncer requiere intervención médica, pero una fuerte voluntad con un grupo de apoyo sólido desempeñarán un papel vital en el proceso de recuperación. Por eso, nuestro equipo experto de hematólogos certificados, enfermeros y otros profesionales altamente calificados del cuidado oncológico trabaja estrechamente con nuestros pacientes y sus seres queridos durante todo el proceso de recuperación. Este enfoque compasivo, combinado con nuestras instalaciones de última generación, nuestro entorno acogedor y nuestro compromiso con la utilización de las técnicas de tratamiento más avanzadas disponibles, hacen que cCARE sea el principal centro oncológico de California. Para su primera visita, por favor llene y firme todos los formularios. Tendrá que presentar estos formularios en la recepción cuando estén completos.

SU PRIMERA CITA

Para evaluar su salud, es sumamente importante que recibamos su historia médica antes de su visita programada. Por favor, comuníquese con su médico para que la envíe a nuestro consultorio antes de su primera cita. Para brindarle la más alta calidad de atención, su médico deberá revisar toda información disponible sobre su patología, informes de cirugías, radiografías, resultados de laboratorio, notas médicas y registros de hospitalización disponibles.

Aceptamos la mayoría de las compañías de seguros y nuestro personal trabajará con usted para asegurar que tenga la cobertura que necesita. Si tiene un plan de atención administrada que requiere derivaciones de su médico principal, por favor recuerde tener esa derivación, es responsabilidad del paciente hacerlo. Las derivaciones ocasionalmente tienen límites para el número de visitas permitidas a los pacientes y/o fecha de caducidad. Por favor, supervise esta información y obtenga derivaciones actualizadas según sea necesario. Los copagos, deducibles y servicios médicos no cubiertos por el seguro deben pagarse en el momento del servicio.

LOS PACIENTES SIEMPRE DEBEN:

- Traer sus tarjetas de seguro e identificación con foto a todas las citas. Si tiene un plan de seguro secundario, un plan complementario de Medicare o de medicamentos recetados, por favor verificar que tengamos toda la información y no olvidar traer todas sus tarjetas.
- Mantenernos informados de cambios de datos, como: dirección, número de teléfono, situación laboral, estado civil o el seguro.
- Proporcionar al consultorio una lista actualizada de medicamentos en cada visita; es necesario que revisemos todos los medicamentos recetados y de venta libre que tome actualmente. Algunos pacientes prefieren llevar los frascos de medicamentos a la cita. Tenga en cuenta que esto incluye vitaminas, hierbas, aspirina, Tylenol, etc.
- Darse un plazo de entrega de 48 horas para resurtir recetas. Tenga en cuenta que algunas recetas médicas de analgésicos no permiten resurtido, por lo tanto, solicitamos que los pacientes se comuniquen con nosotros antes de quedarse sin algún medicamento.
- Tenga en cuenta el sistema inmunológico comprometido de otros pacientes y absténgase de llevar niños a sus citas.
- Anote las preguntas o inquietudes que tenga para su médico.

Una vez que el paciente ha hecho una cita, todas las facetas de nuestros servicios, desde los últimos hallazgos de investigación hasta la tecnología más avanzada, se utilizarán para ofrecer el más alto nivel de atención médica de calidad. Por favor llene el "Registro del Paciente" ANTES de su cita.

Una vez más, le damos la bienvenida y le agradecemos por haber elegido nuestros servicios. Para más información, visite nuestro sitio web en www.cCare.com. Si necesita mayor asistencia, favor llamar al:

- San Diego – Departamento para pacientes nuevos: 858-753-6446

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

Fecha de hoy: _____

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___ Edad: _____ Sexo: Masc. Fem. Trans: M to F F to M

Seguro Social: _____ Teléf. celular: (_____) _____ Teléf.: (_____) _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección Secundaria: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo electrónico: _____ ¿Autoriza enviarle Email? Sí No

Idioma preferido: _____

Etnia/Raza: Blanco Hispano/Latino Negro/Afroamericano Nativo Americano

Asiático/Isleño del Pacífico Otro

Ocupación: _____

Empleado/Autónomo Desempleado Jubilado Discapacitado

Nombre del empleador: _____ Teléf Oficina: (_____) _____

Estado civil: Casado Soltero Viud Divorciado Otro

Situación de vida: Vive solo vive con la familia vive en un centro de enfermería

Residente en invierno Residente todo el año

¿Usted recibe atención médica en el hogar? Sí No

Hijos: Sí No | En caso afirmativo, ¿cuántos tiene? _____

Médico de Atención Primaria: _____ Teléfono: _____

Médico remitente (si es diferente): _____ Teléfono: _____

Otros médicos (enumere aquí): _____ Teléfono: _____

_____ Teléfono: _____

_____ Teléfono: _____

_____ Teléfono: _____

Iniciales del paciente: _____

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

Nombre del paciente: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____

Relación: _____ Teléfono: (____) _____

Poder permanente para decisiones de salud: Sí No _____

Relación con usted: _____

Testamento final para la salud: Sí* No *Favor suministrar copia para nuestros registros

PRINCIPAL compañía de seguro: _____

Nombre del titular principal de la póliza: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____ SS del titular: _____

Empleador del titular de la póliza: _____

Número de Identificación del seguro: _____ Grupo #: _____

¿El plan tiene cobertura de medicamentos? Sí No (Si tiene cobertura, llenar información)

Cobertura de medicamentos: _____

SECUNDARIA compañía de seguro: _____

Nombre del titular principal de la póliza: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____ SS del titular: _____

Empleador del titular de la póliza: _____

Número de Identificación del seguro: _____ Grupo #: _____

¿El plan tiene cobertura de medicamentos? Sí No (Si tiene cobertura, llenar información)

Cobertura de medicamentos: _____

Certifico que la información dada hoy es la mejor, más completa y precisa que puedo dar. Notificaré en futuras citas al médico/personal sobre cambios o adicciones.

Firma: _____ Fecha: _____

Iniciales del paciente: _____

Nombre del testigo: _____ Relación con el paciente: _____

Firma del testigo: _____

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

Nombre del paciente: _____

Motivo de esta consulta: _____

HISTORIA DE CIRUGIAS

Procedimiento	Fecha del procedimiento	Quien lo realizó
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Tienes algún dispositivo implantado, como un marcapasos? Sí No
Si lo tiene, entregue copia de la tarjeta de su dispositivo para nuestros registros.

¿Alguna vez se le ha diagnosticado cáncer? Sí No

¿Ha recibido tratamiento de radiación o quimioterapia anteriormente? Sí No

ALERGIAS Y SENSIBILIDADES:

(Indique las alergias que tiene y cómo le afecta cada una).

No tengo alergias

Alergia

No tengo alergias a medicamentos

Reacción

¿Ha tenido reacción a la anestesia? Sí No

LISTA DE MEDICAMENTOS: (SI NECESITA AGREGUE LISTA)

Medicamento	Dosis/Frecuencia	Ordenado por
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

MEDICAMENTOS SIN RECETA MEDICA INCLUYENDO VITAMINAS Y HIERBAS:

Nombre de la farmacia _____ Dirección _____ Telf. _____
Iniciales del paciente: _____

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR:

Indique los miembros de la familia con cáncer de mama, ovario, páncreas, próstata, melanoma, colon, riñón o útero, enfermedades de la sangre u otras enfermedades.

	Age	Disease	If deceased, cause of death
Padre:	_____	_____	_____
Madre:	_____	_____	_____
Hermanos/as:	_____	_____	_____
Hijos:	_____	_____	_____
Tíos/Tías:	_____	_____	_____
Abuelos Maternos:	_____	_____	_____
Abuelos Paternos:	_____	_____	_____

HISTORIA SOCIAL :

Riesgos laborales:

Cualquier riesgo ocupacional (ejm.: exposición al ruido o a químicos) Sí No

En caso afirmativo, Cuál: _____

Consumo de tabaco: (presente o pasado)

Nunca he fumado

Dejé de fumar ¿Cuándo? _____ ¿Por cuantos años fumó? ____ año(s) Edad de inicio: _____

¿Cuántos paquetes? _____ /día

Actualmente fumo Cigarrillos Pipa Cigarros Cigarrillos electrónicos

¿Cuántos paquetes? _____ /día ¿Por cuántos años? _____

Mastico tabaco Actualmente Pasado ¿Por cuánto tiempo? _____

Consumo de alcohol: (presente y/o pasado)

No Bebo

Cantidad de cervezas _____ por Día Semana Mes

Cantidad de botellas de vino _____ por Día Semana Mes

Cantidad de botellas de licor _____ por Día Semana Mes

HISTORIAL NUTRICIONAL:

¿Ha habido algún cambio en su apetito en los últimos 6 meses? Sí No

¿Cómo es su apetito? Buen apetito Apetito normal Apetito pobre

¿Ha ganado o perdido peso en un mes sin querer? Sí No

Si es así, ¿cuánto ganó o perdió? _____

¿Está contento con su peso? Sí No

Si no, ¿está siguiendo un programa de dieta y ejercicio? Sí No

Para mujeres: ¿Está tomando calcio adicional? Sí No

CHEQUEO DE LOS SISTEMAS:

(Por favor verifique cualquier síntoma pasado o actual que tenga.)

General:

- Buena salud
- Fatiga excesiva
- Pérdida de peso
- Obesidad
- Fiebre inexplicada
- Escalofríos
- Debilidad

Sistema Inmune:

- Gripe frecuente
- Alergias al ambiente
- Infecciones severas

Respiratorio:

- Neumonía
- Tuberculosis
- Enfisema
- Asma
- Tos crónica
- Tos productiva
- Toser sangre
- Dificultad para respirar
- Sibilancia

Cabeza y cuello:

- Cataratas
- Glaucoma
- Sinusitis
- Dolor de garganta

Visión-Audición:

- BVisión borrosa
- Visión doble
- Glaucoma
- Sensibilidad a la luz
- Resequedad en ojos
- Lagrimeo excesivo
- Pérdida de audición
- Campanilleo en oídos
- Llagas en la boca
- Resequedad en la boca
- Alteración en el gusto
- Sensibilidad de senos paranasales
- Ronquera
- Ictericia

Endocrino:

- Diabetes
- Trastorno de la tiroides
- Sofocos
- Sudores nocturnos
- Reemplazo hormonal

Hematológico:

- Anemia
- Ganglios inflamados
- Coágulos en la sangre
- Problemas con plaquetas
- Sangrado quirúrgico
- Morados anormales
- Encías sangrantes
- Sangre por la nariz
- Transfusiones de sangre
- Trastorno hemorrágico
- VIH/SIDA

Senos:

- Masas anormales
- Secreción en pezón
- Inversión del pezón
- Dolor
- Cambios en la piel
- Masas en las axilas

Cardiovascular:

- Dolor en el pecho
- Palpitaciones
- Ataques cardíacos
- Hipertensión
- Insuficiencia cardíaca/
Enfermedad cardíaca
- Hinchazón de Piernas /Pies
- Soplo cardíaco
- Problemas del ritmo,
- Colesterol alto
- Presión alta
- Diabetes - Tipo 1 / Tipo 2

Gastrointestinal:

- Estreñimiento
- Diarrea
- Vómito

- Ulceras estomacales
- Sangrado rectal
- Problemas de vesícula
- Hepatitis
- Reflujo
- Heces negras
- Cambios intestinales
- Dolor abdominal
- Hemorroides
- Náuseas
- Piedras en riñones
- Dificultad para tragar
- Acidez
- Infecciones urinarias
- Cirrosis del hígado

Genitourinario:

- Pérdida urinaria
- Orina frecuente
- Dolor al orinar
- Sangre en la orina
- Problemas en la vejiga
- Incontinencia
- Falta de control
- Dificultades con la erección

Musculoesquelético:

- Artritis
- Dolor óseo
- Gota
- Osteoporosis
- Dolor muscular
- Dolor en articulaciones
- Inflamación de articulaciones
- Limitación de movimiento
- Dolor de espalda

Neurológico:

- Dolor de cabeza/Migraña
- Dificultad de concentración
- Parálisis
- Neuropatía
- Dificultad en el habla
- Temblorabilidad
- Alteraciones del conocimiento
- Pérdida de equilibrio/mareos

CHEQUEO DE LOS SISTEMAS: (Continuación)

(Please check any CURRENT symptoms you have)

Neurológico: (Continuación)

- Accidente cerebrovascular/TIA
 Convulsiones
 Pérdida de memoria
 Confusión

Psiquiátrico:

- Dificultad para dormir
 Depresión
 Ansiedad
 Cambio en el apetito
 Pensamientos suicidas
 Trastorno de pánico

Tegumentario (piel):

- Erupción
 Picazón
 Lesiones en la piel

Ginecológico:

- Periodos abundantes: Sí No
 Edad de la primera regla: _____
 Fecha del último periodo: _____
 Cant. de embarazos: _____
 Cant. de abortos o pérdidas: Sí No
 Amamanta: Sí No
 Fecha del último Papanicolau: _____
 Fecha del último mamograma: _____
 Se ha hecho la colonoscopia: Sí No
 Fecha de la más reciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Iniciales del paciente: _____

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS MÉDICOS:

(Por favor enumere problemas médicos actuales y pasados para los que ha recibido tratamiento y el médico tratante).

Enfermedad/Problema Médico

Médico

ESCALA DEL DOLOR:

¿Siente dolor? Sí No

Por favor indique el dolor en la escala del 1 al 10 (0=sin dolor 10= el peor dolor)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA A cCARE Y SUS ASOCIADOS

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: **ESCRIBA CON CLARIDAD**

Nombre del paciente: _____ SSN: _____

Número de teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____

INFORMACIÓN A COMPARTIR: DE A

Por la presente, autorizo compartir la información en mi registro médico desde/a (Nombre del proveedor):

Dirección Ciudad Estado Código Postal

Teléfono Fax

Incluyendo contenidos sobre el abuso de drogas o alcohol, notas psiquiátricas, de psicoterapia y diagnósticos relacionado con VIH o SIDA (en inglés, HIV AIDS) y/o resultados de pruebas. Exclusiones a lo anterior:

INFORMACIÓN A COMPARTIR: DE A

4S RANCH

16918 Dove Canyon Road
Suite 103
San Diego, CA 92127
P: 858-649-5100
F: 858-649-5099

CHULA VISTA

959 Lane Avenue Bldg B
Suite 100
Chula Vista, CA 91914
P: 619-329-5571
F: 619-329-5357

ENCINITAS

326 Santa Fe Drive
Suite 105
Encinitas, CA 92024
P: 760-452-3340
F: 760-452-3344

LA JOLLA

9850 Genesee Avenue
Suite 560
La Jolla, CA 92037
P: 858-552-1410
F: 858-552-0929

MURRIETA

28078 Baxter Road
Suite 140
Murrieta, CA 92563
P: 760-733-9191
F: 760-733-9192

RIVERSIDE

4500 Brockton Avenue
Suite 319
Riverside, CA 92501
P: 951-319-7326
F: 951-394-9025

SAN MARCOS

838 Nordahl Road
Suite 300
San Marcos, CA 92069
P: 760-747-8935
F: 760-747-7951

TIPO DE HISTORIA MÉDICA:

TODAS LAS HISTORIAS MÉDICAS (sólo pertinentes) (limitado a 2 años de información)

Historia y examen general

Resumen del alta

Informe Operativo

Informe de consulta

Sólo notas de psicoterapia

Informes de radiología (Especificar): _____

Resultados de laboratorio

Examen probatorio

Informe de urgencias: _____

EL PROPÓSITO O NECESIDAD DE ESTA INFORMACIÓN ES:

(Por favor marque todo lo que aplique)

Médico Seguro Legal Personal Otros: _____

POR FAVOR, ESCRIBA CON CLARIDAD

- Autorizo compartir la información especificada de mi historia médica.
- Entiendo que la información compartida, de conformidad con esta autorización, podría ser también compartida por el destinatario y por lo tanto, es posible que ya no esté protegida por las leyes federales de confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, según las leyes de California, el solicitante no puede seguir usando o compartir la información médica, a menos que se obtenga otra autorización de mi parte o que dicho uso de la información compartida sea específicamente requerida o permitida por la ley, de conformidad con las leyes estatales de confidencialidad.
- Tengo derecho a retirar el permiso para compartir mi información. Si firmo esta autorización para usar o compartir mi información, puedo revocar esa autorización en cualquier momento. La revocación debe hacerse por escrito y no afectará la información que ya se ha utilizado o compartido.
- Estoy firmando esta autorización voluntariamente y el tratamiento, pago o mis requisitos para recibir beneficios no se verán afectados si no firmo esta autorización.
- La fotocopia de esta autorización es tan efectiva como el original.
- He recibido copia de esta autorización.

Firma: _____

Fecha: _____

(Paciente / Representante Legal)

(PARA USO EXCLUSIVO DEL MÉDICO)

Registros obtenidos durante tratamiento psiquiátrico

El abajo firmante, el médico, psicólogo licenciado o trabajador social con maestría en trabajo social, por la presente (aprueba) (desaprueba) compartir información y registros. Favor anotar a continuación las restricciones de la información a compartir de estos registros. (Nota: No se requiere aprobación para compartir información al abogado del paciente).

Si se deniega, indique la razón: _____

Firma: _____ Fecha: _____

(Médico / Psicólogo / Trabajador Social)

Registros médicos de SAN DIEGO: Teléfono: 760.747.8935 Fax: 760.747.7951

POR FAVOR, ESCRIBA CON CLARIDAD

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Gracias por preferir a cCARE como su proveedor de atención médica. Agradecemos la confianza depositada en nosotros al elegirnos y estamos comprometidos a brindarle atención médica de la más alta calidad. Le pedimos que lea y firme este formulario indicando que comprende nuestra autorización para el tratamiento, pagos y políticas financieras del paciente. Si desea recibir una explicación más detallada de nuestras políticas financieras, solicite una copia.

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR TRATAMIENTO Y PAGOS DE BENEFICIOS MÉDICOS

Autorizo a cCare para darme servicios médicos para diagnóstico y tratamiento. Autorizo compartir la información médica necesaria para procesar reclamos por los servicios prestados y para que los pagos de mi compañía de seguros se realicen directamente a cCare.

SERVICIOS DE ADMINISTRACIÓN DE CUIDADOS

Doy permiso a cCARE para proporcionar servicios de administración de cuidados como parte de mis servicios médicos generales. Los servicios incluyen ayuda para coordinar mi atención oncológica entre visitas, acceso a recursos comunitarios y comprensión de mi tratamiento contra el cáncer. Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento notificando al consultorio por escrito.

USO DE FOTOGRAFÍAS

Acepto que las fotos de identificación tomadas en el momento de mi cita se consideren parte de mi historia médica y se utilicen únicamente con fines de identificación.

RECETAS ELECTRÓNICAS PARA LA HISTORIA DE MEDICAMENTOS

Podemos solicitar y usar la información de su historia de medicamentos recetados utilizando nuestra función de recetas electrónicas. Esto es sólo para fines informativos con el fin de mantener actualizada su historia de medicamentos para su tratamiento y seguridad.

AUTORIZACIONES DEL PACIENTE

- Con mi firma a continuación, autorizo a cCare a compartir información médica y de otro tipo necesaria, exigida por las compañías de seguros y terceros pagadores para hacer pagos o por servicios de salud prestados.
- Con mi firma a continuación, autorizo la asignación de beneficios financieros directamente a cCare Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos no cubiertos o negados parcial o totalmente por mi(s) plan(es) de seguro.

He leído, entiendo y acepto las disposiciones de este formulario de Autorización para recibir Tratamiento y Pagos de Beneficios Médicos.

Firma del Paciente o representante legal: _____ Fecha: _____

COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS

Para su comodidad, nuestro consultorio se comunica a través de diferentes medios electrónicos, incluido recordatorios de citas en nuestro portal seguro para pacientes, por teléfono o con mensajes de texto.

Podemos comunicarnos con usted a su:

¿Hogar? Sí No Número _____ ¿Trabajo? Sí No Número _____

¿Celular? Sí No Número _____

¿Por correo electrónico Sí No Dirección de correo electrónico _____

¿Podemos enviar un recordatorio de cita por mensaje de texto? Sí No

¿Podemos dejar un mensaje en su contestador automático o celular? Sí No

¿Alguna otra información? Sí No

Limite la información a lo siguiente: _____

¿Podemos dejar un mensaje con un familiar u otra persona en su casa? Sí No

¿Alguna otra información? Sí No

Limite la información a lo siguiente: _____

Marque a continuación si NO desea que cCare se comunique con usted por alguno de los siguientes métodos de comunicación:

Celular Mensaje de texto Teléfono residencial Correo electrónico seguro

Portal del paciente en línea

¿Autoriza dejar mensajes detallados en su correo de voz? Sí No

Firma del Paciente o Representante

Fecha

POLÍTICA PARA EL RETRASO DE PACIENTES

Los pacientes que lleguen más de 10 minutos tarde a una cita programada en el consultorio o para un procedimiento se reprogramarán para otro día.

Estimado paciente,

Gracias por preferir a cCare como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a brindarle atención médica de calidad. Hemos desarrollado una política de pago para ayudarlo a comprender su responsabilidad y la de su compañía de seguros (si correspondiera). Por favor, lea la política y firme en el espacio provisto. Usted puede solicitar copia. Si tiene alguna pregunta, háganoslo saber.

1. **Seguro.** Su póliza de seguro es un acuerdo entre usted y su compañía de seguros. No somos parte de su contrato. Como cortesía, facturaremos a su plan de seguro por usted, de tener la información adecuada. Comuníquese con su compañía de seguros si tiene alguna pregunta sobre la cobertura.
 - a. **Seguros sin contratos.** si no tenemos contrato con su compañía de seguros, tenga en cuenta que sus desembolsos pueden ser mayores de lo previsto originalmente. Le daremos un estimado de sus costos, pero el monto final adeudado será determinado por el reembolso de su compañía de seguros.
2. **Servicios no cubiertos.** Tenga en cuenta que es posible que algunos de los servicios que reciba no estén cubiertos o que Medicare u otras aseguradoras no los consideren razonables o necesarios.
3. **Presentación de reclamos.** Presentaremos sus reclamos y le ayudaremos en, lo razonablemente posible, para que se paguen sus reclamos. Es posible que su compañía de seguros necesite que le suministre información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud. Tenga en cuenta que los cargos por los servicios recibidos son su responsabilidad, ya sea que su compañía de seguros pague o no su reclamo.
4. **Comprobante de seguro.** Todos los pacientes deben llenar un formulario de información del paciente antes de ver al médico. Le pediremos copia de su(s) tarjeta(s) de seguro vigentes como prueba de seguro.
5. **Cambios en la cobertura.** Si su seguro cambia, notifique a nuestro consultorio de inmediato para que podamos realizar los cambios apropiados en su información de facturación. Si no nos proporciona la información correcta del seguro de manera oportuna, usted será responsable de todos los cargos incurridos.
6. **Copagos.** Todos los copagos deben hacerse en el momento del servicio. Este acuerdo es parte de su contrato con su compañía de seguros.
7. **Falta de pago.** Tenga en cuenta que, si no paga su parte correspondiente de la factura, podemos remitir su cuenta a una agencia de cobro y es posible que no se le atienda en este consultorio. (La Sección 1785.27 del Código Civil prohíbe a un titular del contrato por una deuda médica proporcionar información relacionada con esta deuda a agencias de informes de crédito del consumidor. Además de otras multas permitidas por la ley, si una persona viola a sabiendas esa sección al proporcionar información sobre esta deuda a una agencia de informes de crédito del consumidor, la deuda será nula e inaplicable).
8. **Política de citas perdidas.** Nuestra política es cobrar una tarifa fija a pacientes que falten a sus citas. Para su comodidad, cCare acepta cheques y tarjetas de crédito. Aceptamos Visa, MasterCard, Discover y American Express. Tarifas: Costo de \$50.00 por cada cita a la que falte, Costo de \$100.00 por faltas a procedimientos en el consultorio, Costo de \$200.00 por faltas a cirugías.
9. **Orientación Financiera.** Tenemos un orientador financiero disponible como recurso para nuestros pacientes.
10. **Aviso de Pagos Abiertos de California.** La base de datos abiertos "Open Payments" es una herramienta federal que se utiliza para buscar pagos realizados por compañías de medicamentos y dispositivos a médicos y hospitales universitarios. Se puede encontrar en <https://openpaymentsdata.cms.gov>. Sólo con fines informativos, aquí se proporciona un enlace a la página web a Pagos Abiertos de los Centros de Servicios Federales de Medicare y Medicaid (CMS). La Ley Sunshine de Pagos a Médicos requiere que se ponga a disposición del público información detallada sobre los pagos y otros pagos de valor superior a diez dólares (\$10) de los fabricantes de medicamentos, dispositivos médicos y productos biológicos a médicos y hospitales universitarios.

He leído y entiendo la política de pago y acepto cumplir con estas normas y entiendo que soy responsable de la porción de mi factura que no esté cubierta por mi compañía de seguros.

Firma del Paciente o de la Parte Responsable

Fecha

Imprimir Nombre

Relación con el paciente

POR FAVOR, ESCRIBA CON CLARIDAD

Nombre del Paciente: _____

Gracias por preferir a cCare como su proveedor de atención médica. Agradecemos la confianza que ha demostrado al elegirnos y estamos comprometidos a brindarle atención médica de la más alta calidad. Le pedimos que lea y firme este formulario aceptando que comprende la transparencia sobre la propiedad de los médicos. Si desea recibir una explicación más detallada de nuestras políticas, solicite una copia.

TRANSPARENCIA SOBRE LA PROPIEDAD DE LOS MÉDICOS

Interés económico y propiedad de los médicos: Los servicios de PET/CT (tomografías) que se brindan en este centro son propiedad de los médicos. Los médicos que le remitieron a estos servicios auxiliares tienen un interés económico y son su propiedad.

Los pacientes tienen derecho a que estos servicios se realicen en otro centro de atención médica de su elección. Estamos notificándole de acuerdo con las regulaciones federales. Este aviso es obligatorio por la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (PPACA, por sus siglas en inglés) y cumple con las reglas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés).

NOTIFICACIÓN AL PACIENTE

PROVEEDORES ALTERNATIVOS DE IMÁGENES POR PET Y CT (SAN DIEGO)

Tri-City PET at Vista | 902 Sycamore Avenue | Suite #120 | 760-599-9940

UCSD Health | 200 W. Arbor Drive | 858-822-1333

San Diego Imaging | 1955 Citracado Parkway, Suite #100 | 858-634-5900

Scripps Memorial Imaging | 9838 Genesee Avenue | 858-626-6800

Imaging Healthcare Specialists | 477 N. El Camino Real, Suite #102 | 858-658-6500

Yo (o el representante legal del paciente, si es menor de edad) acepto que he leído y entiendo completamente este formulario de consentimiento. Entiendo los riesgos asociados con las comunicaciones en línea entre mi médico y yo, y entiendo la información descrita en este documento. También he tenido la oportunidad de hacer preguntas y de recibir respuestas. He sido proactivo al hacer preguntas relacionadas con este acuerdo de consentimiento. Todas mis preguntas han sido respondidas y entiendo y estoy de acuerdo con la información proporcionada en las respuestas.

Firma del paciente o el representante legal: _____ Fecha: _____



cCARE DISPENSING

Nuestro equipo está listo para surtir su medicamento o enviarlo a su farmacia local.

ACUDA A NUESTRO MOSTRADOR "CHECK OUT"
PARA RECIBIR ¡HOY! SU RECETA MÉDICA

AUTORIZACIONES RÁPIDAS / ACCESO A AYUDA



PARA INFORMACIÓN
ADICIONAL POR
FAVOR LLAME AL

858-552-1568