

R Family Medical Group **Here To Serve Your Family**

Manual Del Paciente

Bienvenido,

Bienvenido al grupo médico de R Family, Inc. Nos honra que usted nos haya elegido como su proveedor de atención médica. Nuestra misión es proporcionar la más alta calidad de la atención de una manera oportuna y respetuosa.

Por favor, tómese el tiempo para leer detenidamente nuestro manual del paciente. El manual del paciente del grupo médico de la familia R fue desarrollado para informar a nuestros pacientes de nuestras políticas generales de información y oficina. Nuestro personal está aquí para ayudarle, sienta por favor libre de preguntar a nuestro personal de la recepción si usted tiene cualesquiera preguntas.

Ubicaciones de oficina

R Family Medical Group, Inc. tiene dos lugares convenientes para servirle. Su proveedor puede practicar en uno o más de estos lugares.

Horario de oficina

Nuestro horario de oficina de Huebner es de 8AM a 5PM de lunes a viernes y cerrado los sábados. Nuestros horarios de oficina de Nogalitos son de 8AM a 5PM de lunes a viernes y de 8:30 A.M. a 1:00 P.M. los sábados (tenga en cuenta: no estamos abiertos todos los sábados). Nuestras oficinas se cerrarán para los feriados nacionales habituales: 4 de julio, día de los caídos, día del trabajo, acción de gracias, Navidad y año nuevo, etc. Nuestro horario siempre está sujeto a cambios. Publicaremos de antemano cualquier cierre de oficina en nuestra página de Facebook, sitio web y clínica.

Hacer una cita

Haremos todo lo posible para proporcionarle visitas a la oficina el mismo día y aceptar Walk-ins para las primeras ranuras disponibles para las visitas por enfermedad. Se le pedirá que rellene los nuevos formularios de registro anualmente para que podamos actualizar su información.

Le solicitamos que se muestre para citas de 5 a 10 minutos antes de la hora programada para su cita. Esto le permite al personal el tiempo para revisarse y aumenta considerablemente la capacidad de su médico para verlo en su hora programada de cita. Nos esforzaremos por quedarnos a tiempo. De vez en cuando, surge una emergencia para el paciente y es posible que estemos corriendo tarde para su visita. Usted tendrá la opción de volver a programar o quedarse para ser visto y le mantendremos informado de cuánto tiempo de un retraso puede experimentar.

Damos la bienvenida a sus sugerencias sobre cómo podemos servirle mejor. Nuestro personal está aquí para proporcionarle la atención primaria de la calidad y miramos adelante a cuidar su NE de la salud.

Le damos la bienvenida a nuestra práctica y le agradecemos que haya elegido R Family Medical Group para todas sus necesidades de atención médica.

Sinceramente,

David A. Ramos, MD
DAR/mcg

3110 Nogalitos Suite 105
San Antonio, Texas 78225
Phone: 210-533-0257
Fax: 210-534-0980

9811 Huebner Rd. Bldg. 2
San Antonio, Texas 78240
Phone: 210-561-8169
Fax: 210-561-8178

www.rfamilymedicalgroup.com

R Family Medical Group

Here To Serve Your Family

Revisado: 12/21/2017, 12/26/2018, 1/3/19, 2/1/19/mcg

Formulario De Inscripción

Proporcione Tarjetas De Seguro con ID De Imagen a La Recepcionista

INFORMACIÓN del paciente (por favor imprima)

fecha de hoy: ____/____/____

NOMBRE DEL PACIENTE:

Apellido Segundo Primer

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: ____ Hombre ____ Mujer

Dirección: _____

Ciudad Estado Código postal

Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____ Seguridad Social: _____

¿Tienes un E-Mail? No Sí Correo electrónico: _____

ESTADO CIVIL: FAVOR DE CIRCULAR: SOLTERO (A) CASADO DIVORCIADO VIUDO SEPARADO

Raza / Etnia:(Marque todo lo que corresponda): Disminución Idioma

Indio americano Hispano / Latino / Español Inglés

Afroamericano Cubano Español

Asiático / Otro Puertorriqueño Otro

Caucásico Otro: _____ Islas del Pacífico / Otros

Nombre de la farmacia: _____ Número de teléfono del farmacia: _____

Dirección de farmacia: _____

Ciudad Estado Código postal

INFORMACION DE EMPLEO

Empleador: _____ Teléfono: _____

Dirección de empleador: _____

Ciudad Estado Código postal

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGUE: Soltero/a

Nombre de la esposa/esposo: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: ____ Hombre ____ Mujer

Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____ Seguridad Social: _____

Contacto de emergencia o parte responsable (si el paciente es menor de 18 AÑOS de edad)

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Código postal

Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____ Seguridad Social: _____

INFORMACIÓN de referencia del médico ¿cómo te enteraste de nosotros?

Empleador miembro de la familia amigo seguro televisión sitio web otro _____

3110 Nogalitos Suite 105
San Antonio, Texas 78225
Phone: 210-533-0257
Fax: 210-534-0980

9811 Huebner Rd. Bldg. 2
San Antonio, Texas 78240
Phone: 210-561-8169
Fax: 210-561-8178

INFORMACIÓN DEL SEGURO: Se requiere una copia de su (s) tarjeta (s) de seguro y licencia de conducir (identificación con foto)

Indique (P) para el Seguro Primario y (S) para el seguro secundario					
<input type="checkbox"/> Aetna	Blue Cross Blue Shield	<input type="checkbox"/> Cigna	<input type="checkbox"/> Humana	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Medicare
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Tricare	<input type="checkbox"/> UHC	<input type="checkbox"/> Wellcare	<input type="checkbox"/> Wellmed	
Nombre del Suscriptor Principal:		Suscriptor ID #:		Fecha de nacimiento:	
Nombre del Suscriptor Secundario:		Suscriptor ID#		Fecha de nacimiento:	
Relación del paciente con el abonado:		<input type="checkbox"/> Yo	<input type="checkbox"/> Esposa	<input type="checkbox"/> Esposo	<input type="checkbox"/> Otro

AUTORIZACIÓN DE COMUNICACIÓN- POR FAVOR COMPLETE

Estamos comprometidos a proporcionar comunicación privada y eficiente con usted. Indique los métodos preferidos de contacto, en caso de que necesitemos comunicarnos con usted por teléfono con respecto a sus citas, resultados, beneficios del seguro y / o saldo (s) del paciente / cuenta. Coloque una X en la (s) casilla (s) apropiada (s).

Casa mensaje para devolver llamada mensaje detallado (resultados, tratamiento) NO mensaje correo de voz con un individuo

Trabajo mensaje para devolver llamada mensaje detallado (resultados, tratamiento) NO mensaje correo de voz con un individuo

Celular mensaje para devolver llamada mensaje detallado (resultados, tratamiento) NO mensaje correo de voz con un individuo Texto

En algunos casos, puede ser necesario comunicarse por correo electrónico.

Sí - correo electrónico No - correo electrónico

Publicación de la política de información - Por favor lea

AUTORIZACIÓN DE LA HIPAA

DECLARACIÓN DE INTENCIONES

Entiendo que el Congreso aprobó una ley titulada Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud ("HIPAA") que limita la divulgación de mi información médica protegida. Esta autorización está siendo firmada porque es crucial que mis proveedores médicos den prontamente mi información médica protegida a las personas designadas en esta autorización para permitirme la ventaja de poder discutir y obtener consejo de mi familia y / o amigos.

Por lo tanto, de acuerdo con 45 CFR 164.501 (a) (1) (iv) una entidad cubierta (que es un proveedor de atención médica según lo definido por HIPAA) está autorizada a revelar información de salud protegida de conformidad con esta autorización válida bajo 45 CFR Sec . 164.508.

3110 Nogalitos Suite 105
San Antonio, Texas 78225
Phone: 210-533-0257
Fax: 210-534-0980

9811 Huebner Rd. Bldg. 2
San Antonio, Texas 78240
Phone: 210-561-8169
Fax: 210-561-8178

Nombre impreso del paciente o del responsable

Relación con el paciente

**Política financiera
Prueba de seguro:**

El pago es debido en el momento del servicio, que incluye co-pagos aplicables, deducibles y co-seguro. Por favor traiga su tarjeta de seguro (s) con usted a cada cita. Es su responsabilidad informar a la recepción cuando se ha producido un cambio de seguro. Se requiere verificación de los beneficios. Si los beneficios no pueden ser verificados, usted es responsable. Todos los cargos son su responsabilidad si su compañía de seguros paga o no paga. No podemos involucrarnos en disputas entre usted y su aseguradora con respecto a deducibles, copagos, cargos cubiertos, seguro secundario, etc.

1. EL PAGO ES DEBIDO AL MOMENTO DEL SERVICIO:

Acceptamos efectivo, débito y tarjetas de crédito. Todos los deducibles, copagos y servicios no cubiertos se deben al momento en que se prestan los servicios. Si usted tiene Medicare, pero Medicare puede considerar el tratamiento como "medicamento innecesario" de acuerdo con las pautas de pago de HCFA, se le requerirá firmar una exención (previo aviso del beneficiario) antes del tratamiento y el servicio se debe en el mostrador de salida. Todos los pacientes de Medicare tendrán que pagar el copago del 20% basado en el horario actual de Medicare Fee en el mostrador de check-out, a menos que se demuestre la existencia de una política secundaria. Los copagos predeterminados se deben pagar cuando se hace el check-in para su cita. Si su copago se basa en un porcentaje (ejemplo 20% es responsabilidad del paciente) y no tiene una política secundaria, por favor esté preparado para pagar. Las reclamaciones de seguro se presentan como cortesía; Usted es en última instancia responsable de los servicios prestados. Si el saldo del seguro no se paga dentro de los 90 días, el saldo puede ser liberado a usted.

2. SERVICIOS NO CUBIERTOS:

Usted es responsable por los servicios que se consideran no cubiertos por su plan, se les niega debido a los límites de beneficios o la terminación de la cobertura, y por los deducibles, coaseguro y / o saldos de co-pago no cobrados al momento de prestar servicios.

3. SEGURO DE TERCEROS:

David A. Ramos, M.D., P.A., dba R El Family Medical Group no acepta el Seguro de Terceros y la Compensación del Trabajador como una forma de pago. Esto incluye seguro de automóvil y responsabilidad civil. Le proporcionaremos la información necesaria para presentar una solicitud de reembolso, pero consideramos que todos los cargos son su responsabilidad.

4. PRINCIPIOS CONTABLES

Pago y créditos aplicados a los cargos más antiguos primero, excepto los pagos de seguro que se aplican a las fechas de servicio correspondientes.

5. PADRES DIVORCIADOS DE PACIENTES

Al firmar abajo, el adulto que firma un menor en nuestra práctica en el día del servicio acepta la responsabilidad del pago. Esta oficina no promete enviar facturas o registros al otro padre / guardián para asuntos de pago o comunicación. Nos comunicaremos sobre el tratamiento y el pago con el padre que firma en ese día. Los padres son responsables entre sí de comunicarse entre sí sobre el tratamiento y los problemas de pago.

6. ESTADOS Y RECIBOS:

3110 Nogalitos Suite 105
San Antonio, Texas 78225
Phone: 210-533-0257
Fax: 210-534-0980

9811 Huebner Rd. Bldg. 2
San Antonio, Texas 78240
Phone: 210-561-8169
Fax: 210-561-8178

R Family Medical Group

Here To Serve Your Family

David A. Ramos, M.D., P.A., dba R El Family Medical Group no envía correos por correo. Usted tiene derecho a un recibo por cualquier pago realizado en R Family Medical Group. También puede solicitar una declaración para su cuenta con R Family Medical Group en cualquier momento llamando a nuestra oficina al 210-533-0257. Hasta dos solicitudes para la misma declaración serán gratuitas. En la tercera solicitud para la misma declaración, tenemos derecho a cobrar una tarifa de servicio.

7. Nuestra responsabilidad de Reportar el Incumplimiento:

Es nuestra obligación bajo muchos de los contratos de cuidado administrado reportar a los pacientes que repetidamente se niegan a pagar copagos y deducibles al momento del servicio o que son repetidamente "No Show" para citas. Por favor, sepa que si usted es reportado, posiblemente podría perder sus beneficios de cuidado de la salud. Póngase en contacto con los recursos humanos con su empleador para una mayor clarificación de sus beneficios y obligaciones.

8. Asistencia Financiera:

Nuestra oficina trata a los pacientes independientemente de su situación financiera. Si no tiene seguro, ha maximizado sus beneficios, tiene un deducible alto o está actualmente médicamente indigente o económicamente indigente, pero no es elegible para Asistencia Pública o Medicaid, por favor pregunte para hablar con el Gerente de Oficina con respecto a nuestras Opciones Directas del Plan de Cuidado Primario.

9. Facturación, pagos y sobrepagos:

Si un pago en exceso es realizado por usted en la cuenta, un reembolso sólo se emitirá de manera oportuna si no hay otras deudas pendientes en las otras cuentas que contienen el mismo garante o responsable financiero. Los saldos de los pacientes imprevistos en el momento del servicio son debidos en el momento en que se prestan los servicios. Todos los saldos se deben en su totalidad dentro de los 14 días de la fecha de facturación. Otros cargos incluyen, pero no se limitan a: \$ 25.00- \$ 50.00 para la cita "No-Shows" y cargos de solicitud de documento designado. Consulte nuestro Acuerdo de Protocolo de Office o pida más detalles a la administración.

10. Cuentas vencidas y atrasadas:

El incumplimiento de sus obligaciones financieras puede resultar en reportarle a nuestra agencia de cobranza contratada que a su vez puede informarle a la oficina de crédito, presentar una sentencia en un tribunal de reclamos menores u otra acción de cobro contra usted y usted puede ser terminado como paciente de Esta instalación. Todos los honorarios de abogados, costos judiciales y otros gastos relacionados con la recolección de su cuenta se añadirán a su saldo pendiente.

11. Política Profesional de Cortesía:

Habrá una tolerancia cero a la "cortesía profesional" extendida a cualquier personal de oficina, miembros de la familia del médico, amigos, colegas, clientes, pacientes o referencias. El propósito de esta política es cumplir con la Ley de Reclamaciones Civiles y los Estatutos Anti-Retrocesos al realizar cancelaciones, ajustes, descuentos y sin cargos. Nuestros Proveedores (s) requieren que usted dirija todas las preocupaciones financieras al Personal Administrativo.

QUEJAS Y PREGUNTAS:

Si tiene preguntas que no han sido contestadas por esta información o si desea hacer un cumplimiento, comuníquese con nuestro Departamento de facturación al 210-533-0257. Si desea presentar una queja sobre los servicios recibidos en David A. Ramos, MD, P.A., dba R Family Medical Group, puede llamar a la Texas Medical Board al 1-800-201-9353 o escribir a:

Texas Medical Board
Investigations Department, MC-263,

3110 Nogalitos Suite 105
San Antonio, Texas 78225
Phone: 210-533-0257
Fax: 210-534-0980

9811 Huebner Rd. Bldg. 2
San Antonio, Texas 78240
Phone: 210-561-8169
Fax: 210-561-8178

www.rfamilymedicalgroup.com

R Family Medical Group **Here To Serve Your Family**

**P.O. Box 2018
Austin, Texas 78768-2018.**

Entiendo y estoy de acuerdo en que soy absolutamente responsable del saldo de mi cuenta por servicios profesionales prestados.

Firma del responsable _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre impreso de la parte responsable _____ Fecha: ____ / ____ / ____

DIVULGACIÓN DEL MÉDICO

Según lo requerido por la Sección 102.006 del Código de Ocupaciones de Texas

La ley de Texas requiere que un médico revele a un paciente los arreglos permitidos bajo la ley aplicable de Texas por la cual dicho médico acepta remuneración para asegurar o solicitar un paciente o patrocinio para una persona licenciada, certificada o registrada por una agencia reguladora de salud de Texas. El propósito de esta Divulgación es notificarle al paciente que su médico o médicos pueden recibir una remuneración por remitirle a ciertos laboratorios de pruebas diagnósticas, farmacias u otros proveedores auxiliares de salud para ciertos servicios de pruebas de toxicología y farmacogenómica, compuestos farmacéuticos, servicios de diagnóstico por imagen y otros servicios auxiliares de salud.

En consecuencia, reconozco que los médicos que me atienden me han revelado, en el momento de su contacto inicial y en el momento de la remisión (I) su afiliación con el laboratorio de pruebas de diagnóstico, farmacia u otros servicios auxiliares (Ii) que recibirá, directa o indirectamente, una remuneración por la remisión a dicho laboratorio de pruebas de diagnóstico, farmacia u otro proveedor de atención médica auxiliar. Entiendo que yo, el paciente, tengo el derecho de elegir a los proveedores de mis servicios y / o productos de atención médica y, como tal, tengo la opción de recibir servicios auxiliares de salud de cualquier proveedor de atención médica auxiliar y / o instalación que elija.

Firma del Paciente o Parte Responsable

Fecha de hoy: ____ / ____ / ____

Nombre impreso del paciente o del responsable

Relación con el paciente

Información sobre Visitas de Cuidado Preventivo

Debido a las regulaciones de seguro, todos los exámenes físicos, exámenes de mujer y exámenes de bienestar infantil se consideran visitas de atención preventiva. La mayoría de las compañías de seguros cubren el 100% de una visita de cuidado preventivo por año. Las visitas cubren exámenes generales, exámenes sistemáticos de detección de cáncer, inmunización y asesoramiento sobre dieta y ejercicio, desarrollo infantil y suplementos vitamínicos. Desafortunadamente, las compañías de seguros no cubrirán los asuntos de cuidado no preventivo planteados durante una visita de cuidado preventivo. Como tal, le recomendamos encarecidamente que haga una cita de seguimiento independiente con su proveedor, si tiene preocupaciones médicas que están fuera o no relacionadas con su atención preventiva para asegurar que nuestro personal y proveedores programen la cantidad apropiada de tiempo para atender su consulta

**3110 Nogalitos Suite 105
San Antonio, Texas 78225
Phone: 210-533-0257
Fax: 210-534-0980**

**9811 Huebner Rd. Bldg. 2
San Antonio, Texas 78240
Phone: 210-561-8169
Fax: 210-561-8178**

www.rfamilymedicalgroup.com

R Family Medical Group

Here To Serve Your Family

médica Preocupaciones. Esto evitará que su compañía de seguros le aplique cargos adicionales por servicios fuera o no relacionados con su atención preventiva.

Le agradecemos su comprensión en este asunto.

Firma del Paciente o Parte Responsable

Fecha de hoy: ____/____/____

Nombre impreso del paciente o del responsable Relación con el paciente

ACUERDO DE PROTOCOLO DE OFICINA

Los siguientes protocolos son necesarios para proporcionar el cuidado apropiado a todos nuestros pacientes. Por favor, revise, inicie cada entrada y firme abajo indicando que entiende estos protocolos de oficina y acepta cumplir con ellos. La falta de firma no invalida estos protocolos.

Entiendo que las recargas se dan en el momento de la visita a la oficina. Las recargas no se hacen por teléfono o durante el fin de semana. ____ (Iniciales)

Entiendo que será necesario programar una cita de seguimiento con mi proveedor para revisar los resultados de laboratorios y prueba de resultados (radiología...). ____ (Iniciales)

Entiendo que con la terapia con sustancias controladas (narcóticos), se espera que pueda necesitar someterse a exámenes aleatorios de drogas en la orina como parte de mi plan de tratamiento. ____ (Iniciales)

Entiendo que soy un participante activo en mi atención médica y estoy de acuerdo en seguir el plan de tratamiento dado y revisado conmigo en cada visita. Entiendo que cualquier cambio en la condición puede necesitar una visita a la oficina para la reevaluación. ____ (Iniciales)

Entiendo que esta práctica utiliza practicantes de nivel medio; como Asistente de Médicos y Enfermeras Practicantes. Proporcionan atención en la evaluación de nuevos pacientes; Evaluar a los pacientes en los seguimientos rutinarios; Evaluar cualquier cambio en las condiciones; Educación del paciente en condición, medicamentos y opciones de tratamiento. ____ (Iniciales)

Entiendo que mi acceso a la atención por teléfono o en el sitio requerirá que mi comportamiento sea de una manera que no sea abusiva para el personal. Estoy de acuerdo en abstenerse de un comportamiento que refleje gritos, maldiciones, llamadas de nombre o múltiples llamadas en el mismo día. Entiendo que este comportamiento puede terminar mi relación con esta práctica. ____ (Iniciales)

Estoy de acuerdo en cancelar mis citas 24 horas antes para beneficiar a otros pacientes que necesitan citas anteriores. Entiendo que no acudir a una cita sin llamar por adelantado puede resultar en un cargo de \$ 25.00 por una visita a la oficina y \$ 50.00 por un procedimiento y también puede ser un factor en la continuación o suspensión de mi cuidado con David A. Ramos, MD PA DBA R Grupo Médico Familiar. ____ (Iniciales)

3110 Nogalitos Suite 105
San Antonio, Texas 78225
Phone: 210-533-0257
Fax: 210-534-0980

9811 Huebner Rd. Bldg. 2
San Antonio, Texas 78240
Phone: 210-561-8169
Fax: 210-561-8178

R Family Medical Group

Here To Serve Your Family

Entiendo que debo llegar 45 minutos antes de mi cita para hacer el check in para una Nueva Visita de Paciente y 15 minutos antes de mi visita de seguimiento. ____ (Iniciales)

DESPUÉS DE HORA LLAMADA:

Las llamadas fuera de horario serán contestadas por nuestro servicio automatizado. En caso de un asunto urgente que no puede esperar para el siguiente día hábil, puede comunicarse con el proveedor de llamadas. Habrá un cargo de \$ 25.00 por las consultas después de horas de trabajo. No recurriremos a recetas nuevas o recargaremos recetas después de horas. Por favor haga recetas de recetas y solicitudes de cita durante las horas de oficina regulares.

COMPLEMENTO DE COMPRA:

La (s) fórmula (s) adquirida (s) no están destinadas a diagnosticar, tratar, curar o prevenir ninguna enfermedad y no han sido evaluadas Por la FDA. La compra de estos suplementos de David A. Ramos, MD PA DBA R Grupo Médico Familiar Es estrictamente opcional.

AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD AGRADECIMIENTO DE REVISIÓN DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

He revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de David A. Ramos, MD PA DBA R Family Medical, el cual explica cómo mi información médica será usada y divulgada. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento.

Paciente / Padre / o Representante Legal Firma

Fecha: ____/____/____

USTED AFIRMA QUE USTED TIENE EL DERECHO COMPLETO Y EL PODER PARA FIRMAR Y ESTAR VINCULADO POR ESTOS ACUERDOS, Y QUE USTED HA LEÍDO, ENTENDIDO, Y ACEPTAR TODOS SUS TÉRMINOS DE ESTE CONTRATO.

Paciente / Padre / o Representante Legal

Fecha: ____/____/____

Descripción de Legal Representante

Testigo

INFORMACIÓN SOBRE NOMBRAMIENTOS DE PACIENTES NUEVOS Y ESTABLECIDOS

Nos complace que haya elegido a David A. Ramos, MD PA DBA R Family Medical Group como su proveedor de atención médica. Como parte de la nueva visita del paciente (inicial), necesitaremos que llene los trámites relacionados con la información de su paciente, la cobertura del seguro, la comunicación y la autorización de la HIPAA y la información de la tarjeta de crédito preautorizada. Le solicitamos que llegue 45 minutos antes de su hora de cita en el check-in de la orden y que le permita tiempo suficiente para llenar el papeleo. Le pedimos que traiga todos sus medicamentos, incluyendo medicamentos sin receta y suplementos, tarjeta de identificación con foto y tarjetas de seguro. Si su dirección en la identificación de la foto no es correcta, solicitaremos otro tipo de identificación para confirmar una dirección exacta.

TRATAMIENTO, PAGO, OPERACIONES DE SALUD

3110 Nogalitos Suite 105
San Antonio, Texas 78225
Phone: 210-533-0257
Fax: 210-534-0980

9811 Huebner Rd. Bldg. 2
San Antonio, Texas 78240
Phone: 210-561-8169
Fax: 210-561-8178

R Family Medical Group Here To Serve Your Family

Se nos permite usar y divulgar su información médica a los involucrados en su tratamiento. Por ejemplo: el médico / proveedor (es) en nuestra oficina. Cuando ofrecemos tratamiento, podemos solicitar que su especialista comparta su información médica con nosotros. Además, podemos proporcionarle a su especialista información sobre su condición para que él o ella pueda tratarle apropiadamente para las otras condiciones médicas, si las hubiere.

PAGO

Se nos permite usar y divulgar su información médica para facturar y cobrar el pago por los servicios que se le proporcionan. Por ejemplo, podemos completar un formulario de reclamación para obtener el pago de su compañía de seguros. El formulario contendrá información médica, como una descripción del servicio médico que se le proporcionó a su compañía de seguros para que nos apruebe el pago.

OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

Se nos permite usar o revelar su información médica para los propósitos de las operaciones de atención médica, que son actividades que apoyan esta práctica y aseguran que la atención de calidad es entregada. Por ejemplo, podemos contratar los servicios de un profesional para ayudar a David A. Ramos, MD PA DBA R Family Medical Group en su cumplimiento con las regulaciones y la ley.

DIVULGACIONES QUE PUEDEN HACERSE SIN SU AUTORIZACIÓN

Existen situaciones en las que la ley permite que divulguemos o utilicemos su información médica sin su autorización por escrito o la oportunidad de objetar. En otras situaciones le pediremos su autorización por escrito antes de usar o revelar cualquier información de salud identificable sobre usted. Si elige firmar una autorización para revelar información, puede revocar posteriormente dicha autorización por escrito para detener usos y divulgaciones futuros. Sin embargo, la revocación no se aplicará a las revelaciones o usos ya realizados o tomados en dependencia de esa autorización.

SALUD PÚBLICA, ABUSO O NEGLIGENCIA Y SUPERVISIÓN DE LA SALUD

Podemos divulgar su información médica para actividades de salud pública. Las actividades de salud pública son encomendadas por el gobierno federal, estatal o local para la recolección de información sobre enfermedades, estadísticas vitales (nacimientos y muertes) o lesiones por parte de una autoridad de salud pública.

Podemos revelar información médica, si la ley lo autoriza, a una persona que haya estado expuesta a una enfermedad o que esté en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición.

Podemos revelar su información médica para reportar reacciones a medicamentos, problemas con productos que pueden ser retirados.

También podemos revelar información médica a una agencia pública autorizada para recibir informes sobre abuso o negligencia infantil. La ley de Texas requiere que los médicos denuncien abuso o negligencia infantil. Las regulaciones también permiten la divulgación de información para reportar abuso o negligencia de ancianos o discapacitados.

Podemos divulgar su información médica a una agencia de supervisión de salud para aquellas actividades autorizadas por la ley. Ejemplos de estas actividades son las auditorías, investigaciones, solicitudes de licencias e inspecciones que son todas las actividades gubernamentales realizadas para vigilar el sistema de prestación de servicios de salud y el cumplimiento de otras leyes, como las leyes de derechos civiles.

PROCEDIMIENTO JURÍDICO Y APLICACIÓN DE LA LEY

3110 Nogalitos Suite 105
San Antonio, Texas 78225
Phone: 210-533-0257
Fax: 210-534-0980

9811 Huebner Rd. Bldg. 2
San Antonio, Texas 78240
Phone: 210-561-8169
Fax: 210-561-8178

www.rfamilymedicalgroup.com

R Family Medical Group

Here To Serve Your Family

Podemos divulgar su información médica en el curso de procedimientos judiciales o administrativos en respuesta a una orden del tribunal (o del responsable de la toma de decisiones administrativas) o del proceso legal apropiado. Ciertos requisitos deben cumplirse antes de divulgar la información.

Si nos lo solicita un funcionario encargado de hacer cumplir la ley, podemos divulgar su información médica bajo las circunstancias limitadas siempre que la información:

1. se libera conforme a un proceso legal, tal como una orden judicial o una citación
2. pertenece a una víctima de un delito y usted está incapacitado
3. pertenece a una persona que ha muerto en circunstancias que pueden estar relacionadas con conductas delictivas
4. se trata de una víctima de delito y no podemos obtener el acuerdo de la persona
5. es liberado debido a un crimen que ha ocurrido en estos locales o
6. Se libera para localizar a un fugitivo, persona desaparecida o sospechosa.

También podemos divulgar información si creemos que la divulgación es necesaria para prevenir o aliviar amenazas inmediatas a la salud o seguridad de una persona.

ACTIVIDADES MILITARES, NACIONALES DE SEGURIDAD E INTELIGENCIA, PROTECCIÓN DEL PRESIDENTE

Podemos divulgar su información médica para funciones gubernamentales especializadas tales como separación o alta del servicio militar, solicitud de los oficiales de mando militar apropiados (si usted está en el ejército), actividades de seguridad nacional e inteligencia autorizadas; Así como funcionarios gubernamentales autorizados o jefes de Estado extranjeros.

DONACIÓN DE ÓRGANOS, CORONEROS, EXAMINADORES MÉDICOS Y DIRECTORES FUNERARIOS

Cuando los proyectos de investigación y sus protecciones de privacidad han sido aprobados por una Junta de Revisión Institucional o Junta de Privacidad, podemos divulgar información médica a investigadores con fines de investigación. Podemos divulgar información médica a las organizaciones de adquisición de órganos con el propósito de facilitar la donación de órganos, ojos o tejidos si usted es un donante.

También podemos divulgar su información médica a un forense o examinador médico para identificar a un difunto o una causa de muerte. Además, podemos divulgar su información médica a un director de funeraria cuando tal revelación sea necesaria para que el director cumpla con sus deberes.

REQUERIDO POR LA LEY

Podemos divulgar su información médica cuando la revelación sea requerida por la ley.

SUS DERECHOS BAJO LAS NORMAS FEDERALES DE PRIVACIDAD

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos creó regulaciones destinadas a proteger la privacidad de los pacientes como lo exige la Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA). Esos reglamentos crean varios privilegios que los pacientes pueden ejercer. No vamos a tomar represalias contra un paciente que ejerce sus derechos HIPAA.

RESTRICCIONES SOLICITADAS

Usted puede solicitar que restrinjamos o limitemos cómo se divulga su información de salud protegida para tratamiento, pago o operaciones de atención médica. No tenemos que aceptar la restricción, pero si estamos de acuerdo, cumpliremos su solicitud excepto en circunstancias de emergencia. Para solicitar una

3110 Nogalitos Suite 105
San Antonio, Texas 78225
Phone: 210-533-0257
Fax: 210-534-0980

9811 Huebner Rd. Bldg. 2
San Antonio, Texas 78240
Phone: 210-561-8169
Fax: 210-561-8178

www.rfamilymedicalgroup.com

R Family Medical Group Here To Serve Your Family

restricción, envíe lo siguiente por escrito: (a) la información a ser restringida, (b) qué tipo de restricción está solicitando (es decir, sobre el uso de información, información divulgada o ambos), y (c) a quién Los límites se aplican. Por favor, envíe la solicitud a la oficina y la persona que se enumeran a continuación.

También puede solicitar que se limite la divulgación a familiares, otros familiares o amigos personales que pueden o no estar involucrados en su cuidado.

RECIBIR COMUNICACIONES CONFIDENCIALES POR MEDIOS ALTERNATIVOS

Usted puede solicitar que enviemos comunicaciones de información de salud protegida por medios alternativos o a un lugar alternativo. Esta solicitud debe hacerse por escrito a la persona indicada a continuación. Estamos obligados a acomodar sólo las solicitudes razonables. Por favor, especifique en su correspondencia exactamente cómo desea que nos comuniquemos con usted y, si está directamente enviando a un lugar en particular, la información de contacto / dirección.

INSPECCIÓN Y COPIAS DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Usted puede inspeccionar y / o copiar información de salud que está dentro del conjunto de registros designados o la información que se usa para tomar decisiones sobre su cuidado. La ley de Texas requiere que las solicitudes de copias se hagan por escrito y le pedimos que las solicitudes de inspección de su información de salud también se hagan por escrito. Envíe su solicitud a la persona que aparece a continuación.

Podemos negarnos a proporcionar parte de la información que solicite para inspeccionar o pedir que se copie si la información:

* Incluye notas de psicoterapia.

* Incluye la identidad de una persona que proporcionó información si se obtuvo bajo una promesa de confidencialidad.

* Sujeto a las Enmiendas de Mejoras de Laboratorio Clínico de 1988. Se ha compilado en previsión de litigios. Podemos negarnos a proporcionar acceso o copias de alguna información por otros motivos, siempre y cuando proporcionemos una revisión de nuestra decisión sobre su solicitud. Otro proveedor de servicios médicos autorizado que no estuvo involucrado en la decisión previa de denegar el acceso hará esa revisión. La ley de Texas requiere que estaremos listos para proporcionar copias o una narración dentro de los 15 días de su solicitud. Le informaremos cuando los registros están listos o si creemos que el acceso debe ser limitado. Si negamos el acceso, le informaremos por escrito. HIPAA nos permite cobrar una tarifa razonable basada en costos. La Junta Estatal de Examinadores Médicos de Texas (TSBME, por sus siglas en inglés) ha establecido límites en las tarifas de copias de los expedientes médicos que bajo ciertas circunstancias pueden ser menores que los cargos permitidos por HIPAA. En cualquier caso, se cobrará la tarifa más baja permitida por HIPAA o la tarifa permitida por la TSBME.

ENMIENDA DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

Usted puede solicitar una enmienda de su información médica en el conjunto de registros designado. Y dicha solicitud debe hacerse por escrito a la persona que se menciona a continuación. Responderemos dentro de los 60 días de dicha solicitud. Podemos negarnos a permitir una enmienda si la información:

- No fue creado por esta práctica o los médicos aquí en esta práctica.
- ¿No forma parte del conjunto de registros designados?
- No está disponible para inspección debido a una denegación apropiada.
- Si la información es exacta y completa.

3110 Nogalitos Suite 105
San Antonio, Texas 78225
Phone: 210-533-0257
Fax: 210-534-0980

9811 Huebner Rd. Bldg. 2
San Antonio, Texas 78240
Phone: 210-561-8169
Fax: 210-561-8178

www.rfamilymedicalgroup.com

R Family Medical Group

Here To Serve Your Family

Incluso si nos negamos a permitir una enmienda, se le permite incluir una declaración del paciente sobre la información en cuestión en su historial médico. Si nos negamos a permitir una enmienda le informaremos por escrito. Si aprobamos la enmienda, le informaremos por escrito, permitiremos que se haga la enmienda y decirle a otros que sabemos que tienen la información incorrecta.

CONTABILIDAD DE CIERTAS REVELACIONES

Las regulaciones de privacidad de HIPAA le permiten solicitar, y nosotros proveer, una contabilidad de revelaciones que no sean para tratamiento, pago, operaciones de cuidado de la salud, o hechas a través de una autorización firmada por usted o su representante. Por favor, envíe cualquier solicitud de una cuenta a la persona indicada a continuación. Su primera contabilidad de revelaciones (dentro de un período de 12 meses) será gratuita. Para peticiones adicionales dentro de ese período, se nos permite cobrar por el costo de proporcionar la lista. Si hay un cargo, le notificaremos y usted puede optar por retirar o modificar su solicitud antes de incurrir en gastos.

RECORDATORIOS DE NOMBRAMIENTO, ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO Y OTROS BENEFICIOS RELACIONADOS CON LA SALUD

Podemos comunicarnos con usted por teléfono, correo o ambos para proporcionar recordatorios de citas, información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de interés para usted.

QUEJAS

Si le preocupa que sus derechos de privacidad hayan sido violados, puede ponerse en contacto con la persona que aparece a continuación. También puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja ante el gobierno o contra nosotros. La información de contacto del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos es:

**U.S. Department of Health and Human Services
HIPAA Complaint
7500 Security Blvd., C5-24-04 Baltimore, MD 21244**

NUESTRA PROMESA PARA USTED

La ley y la normativa nos obligan a proteger la privacidad de su información médica, a proporcionarle este aviso de nuestras prácticas de privacidad con respecto a la información médica protegida ya cumplir con los términos del aviso de prácticas de privacidad vigentes.

PREGUNTAS Y PERSONA DE CONTACTO PARA SOLICITUDES

Si tiene alguna pregunta o desea hacer una solicitud conforme a los derechos descritos anteriormente, sírvase ponerse en contacto con:

**David A. Ramos, MD PA DBA R Family Medical Group
Privacy Officer
3110 Nogalitos Suite 105
San Antonio, Texas 78225**

**3110 Nogalitos Suite 105
San Antonio, Texas 78225
Phone: 210-533-0257
Fax: 210-534-0980**

**9811 Huebner Rd. Bldg. 2
San Antonio, Texas 78240
Phone: 210-561-8169
Fax: 210-561-8178**

www.rfamilymedicalgroup.com

R Family Medical Group

Here To Serve Your Family

Phone: 210-533-0257 Fax: 210-531-9488

Este aviso entrará en vigencia en la siguiente fecha: 1 de enero de 2017. Podemos cambiar nuestras políticas y este aviso en cualquier momento y hacer que esas políticas revisadas apliquen toda la información de salud protegida que mantenemos. Si o cuando cambiamos nuestro aviso, publicaremos el nuevo aviso en la oficina donde se puede ver.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS / DERECHOS PARA PAGO DIRECTO AL DOCTOR (PRIVADO, ACCIDENTE DE GRUPO Y SEGURO DE SALUD)

Por este medio instruyo y ordeno (_____) Compañía de Seguros que pague por cheque hecho y enviado por correo directamente a: David A. Ramos, MD PA para beneficios de gastos profesionales y / o médicos permitidos y pagados a mí bajo mi póliza de seguro como pago hacia Los gastos totales por servicios profesionales prestados

MEDICARE ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS / DERECHOS POR PAGO DIRECTO AL DOCTOR

Solicito que se haga el pago de los beneficios autorizados de Medicare en mi nombre a David A. Ramos, MD PA DBA R Family Medical Group por los servicios que me ha proporcionado el proveedor. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar a la Administración de Financiamiento de Cuidado de la Salud ya sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.

ESTO ES UNA ASIGNACIÓN DIRECTA DE MIS DERECHOS Y BENEFICIOS BAJO ESTA POLÍTICA.

Este pago no excederá mi deuda con el cesionario arriba mencionado, y he acordado pagar cualquier saldo de dichos cargos de servicio profesional por encima de este pago del seguro.

También entiendo y estoy de acuerdo en que soy responsable en última instancia de todos los honorarios, incluyendo los costos razonables de cobro. Esta asignación de beneficios no me libera de mi obligación de pagar honorarios profesionales.

UNA COPIA FOTOGRÁFICA DE ESTA ASIGNACIÓN SERÁ CONSIDERADA EFICAZ Y VÁLIDA COMO ORIGINAL.

Autorizo la divulgación de cualquier información pertinente a mi caso a cualquier compañía de seguros, ajustador o abogado involucrado en este caso.

POLÍTICA DE NOMBRAMIENTO

En un esfuerzo por proporcionar un tratamiento eficiente a todos nuestros pacientes, es política de esta empresa que si usted no puede hacer su cita programada, debe llamar para cancelar la cita a más tardar 24 horas antes de la hora programada. Si no cancela su cita y / o no se presenta a la cita, se le cobrará un cargo de "NO SHOW" de \$ 25.00 por visitas a la oficina y \$ 50.00 por procedimientos, por ocurrencia Repetidos "NO SHOWS" y cancelaciones de su cita Las citas programadas pueden resultar en que usted sea DESCARGADO de la atención en las oficinas de David A. Ramos, MD PA DBA R Family Medical Group. Si tiene alguna pregunta o inquietud acerca de esta política, nuestro personal estará disponible para contestar sus preguntas.

3110 Nogalitos Suite 105
San Antonio, Texas 78225
Phone: 210-533-0257
Fax: 210-534-0980

9811 Huebner Rd. Bldg. 2
San Antonio, Texas 78240
Phone: 210-561-8169
Fax: 210-561-8178

www.rfamilymedicalgroup.com

R Family Medical Group

Here To Serve Your Family

RECETA RELLENO PROTOCCOL

Con el fin de servir mejor a nuestros pacientes, David A. Ramos, MD PA DBA R El Grupo Médico Familiar adoptará esta política de manera inmediata. El aumento del volumen y de la notificación corta se ha vuelto demasiado grande y ha afectado nuestra capacidad de triar correctamente las llamadas telefónicas urgentes y no urgentes. Una vez que usted haya notificado a la oficina que usted está en la necesidad de una recarga de la prescripción permita por favor 24 a 48 horas para que su prescripción sea llamada en la farmacia

- Las recargas de Sustance Controlado solo se realizarán durante las horas de oficina y en las citas programadas. Es SU responsabilidad y se le exige que controle su receta y dosis restantes, para asegurarse de tener suficiente tiempo para programar una cita. *Llame 7 días antes de que su receta esté agotada y programe una cita. David A. Ramos, MD PA DBA R El Family Medical Group NO llenará recetas después de horas, los fines de semana o los días festivos. Si la receta se pierde, se pierde, se roba o se usa la receta más rápidamente de lo que se dirige no será reemplazado.*

DECLARACIÓN DE POLÍTICA DE SUSTANCIA CONTROLADA

Sustancias controladas son excelentes medicamentos que sirven a un propósito. Por desgracia, son también muy abusados en nuestra sociedad. No creemos que los pacientes "dolor" o "ansiedad" son pacientes "malos". Sin embargo, debemos permanecer en alerta para aquellos que quieran abusar de sus prescripciones. Controlado sustancias de preocupación incluyen medicamentos contra la ansiedad (ATIVAN, XANAX, VALIUM, etc.) y narcóticos (morfina, oxicodona, DILAUDID, etc.).

- Recargas se producirán sobre una base mensual y sólo después de un visita y pantalla de drogas de orinal al azar. **NO SERÁN RECARGAS HECHO POR TELÉFONO, DESPUÉS DE HORAS, EN FINES DE SEMANA O VACACIONES.**

- Renovaciones son contingentes en mantenimiento programado citas.
- Si se realizan solicitudes de recarga después de horas, usted será instruido por el servicio de contestador para ir a una sala de emergencias de su elección.
- Forjado de cualquier evidencia de recetas, recetas, abuso de sustancias o comportamiento aberrante (incluida la verbal abuso a mi personal de la oficina) resultará en la terminación de relación médico paciente.

Nota: Los pacientes que se prescriben una sustancia controlada deberán firmar una forma de política anual de sustancias controladas.

Paciente o responsable firma fiesta

Relación con el paciente

Si tiene alguna pregunta o inquietud, no dude en llamar a la oficina al 210-533-0257 y estaremos encantados de ayudarle.

Gracias,

David A. Ramos, MD

Proveedor De Intercambio De Información De Proveedores

Nuestro proveedor de registros médicos electrónicos, EClinical es parte de un proveedor de intercambio de información del proveedor. Este intercambio permite a los proveedores intercambiar información del paciente.

Como paciente puede optar por participar o salir del proveedor al intercambio de información del proveedor. Al optar por el grupo médico de familia de R, podrá obtener la información de su paciente de

3110 Nogalitos Suite 105
San Antonio, Texas 78225
Phone: 210-533-0257
Fax: 210-534-0980

9811 Huebner Rd. Bldg. 2
San Antonio, Texas 78240
Phone: 210-561-8169
Fax: 210-561-8178

www.rfamilymedicalgroup.com

R Family Medical Group

Here To Serve Your Family

cualquier hospital, farmacia o médico que forme parte de la red de calidad Commonwell o Care Quality Network.

- Elijo optar por el intercambio de información del proveedor al proveedor. (iniciales)**
- Elijo optar por no participar en el intercambio de información del proveedor. (iniciales)**

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PORTAL DEL PACIENTE

Paciente:

Apellido	primer nombre	segundo inicial
-----------------	----------------------	------------------------

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Calle Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
------------------------	---------------	---------------	----------------------

El grupo médico de la familia de R proporciona un portal del paciente en asociación con nuestro proveedor de expedientes médicos electrónicos, EClinical trabaja para el uso exclusivo de nuestros pacientes establecidos. El portal del paciente está diseñado para mejorar la comunicación entre el paciente y el proveedor.

R grupo médico de familia se esfuerza por mantener toda la información en sus registros correctos y completos. Si usted identifica cualquier discrepancia en sus registros, usted acuerda notificarnos inmediatamente. Adicionalmente, mediante el uso del portal del paciente, el usuario se compromete a proporcionar información fáctica y correcta.

El portal del paciente proporciona acceso a los siguientes servicios:

- solicitar citas
- Solicitar recargas de recetas
- Ver sus registros médicos
- Recibir y/o descargar material educativo • ver los Estados de cuenta de facturación actuales y pasados
- Pagar las facturas del paciente
- Enviar mensajes al personal
- Recibir recordatorios de mantenimiento de la salud

El portal del paciente no está diseñado para proporcionar servicios médicos de diagnóstico basados en Internet. También se aplican las siguientes limitaciones:

- No hay solicitudes de tratamiento y triaje basados en Internet. El diagnóstico sólo se puede hacer y el tratamiento se procesa después de que el proveedor vea al paciente.
- No hay comunicación o servicios emergentes. Cualquier condición emergente debe ser manejado llamando a la oficina directamente, yendo a la sala de emergencias o llamando 911 en caso de que la emergencia sea peligrosa para la vida.
- No se aceptarán solicitudes de medicamentos narcóticos/controlados.
- No se aceptarán solicitudes de nuevas prescripciones o recargas para las condiciones para las cuales no está recibiendo tratamiento por nuestra clínica.

3110 Nogalitos Suite 105
San Antonio, Texas 78225
Phone: 210-533-0257
Fax: 210-534-0980

9811 Huebner Rd. Bldg. 2
San Antonio, Texas 78240
Phone: 210-561-8169
Fax: 210-561-8178

www.rfamilymedicalgroup.com

R Family Medical Group Here To Serve Your Family

- Puede tardar hasta 72 horas en recibir una respuesta a una solicitud de correo electrónico. Si usted no recibe una respuesta dentro de 72 horas debe ponerse en contacto con la oficina en 210-533-0257.
- Si pierde su contraseña o nombre de usuario, puede solicitar uno nuevo a través del portal web o en persona en la oficina, proporcionando una identificación válida.
- Siempre recuerde cerrar su navegador cuando termine de acceder a los servicios del portal del paciente protegidos por contraseña. Esto impide que otra persona acceda a su información personal. **NUNCA DEBE UTILIZAR UN ORDENADOR PÚBLICO PARA ACCEDER AL PORTAL DEL PACIENTE.**

Este portal del paciente se proporciona como cortesía a nuestros pacientes. Si persiste el abuso o el uso negligente del portal del paciente, R familia médica Group se reserva el derecho, a nuestra discreción, de terminar la oferta del portal del paciente, suspender el acceso de los usuarios y modificar los servicios disponibles a través del portal del paciente.

El portal del paciente se proporciona en colaboración con EClinical Works, nuestro proveedor y proveedor de software de HER. Esos datos son conformes a la HIPAA con un cifrado de alto nivel que supera los estándares HIPAA. Aunque creemos que la infraestructura de ti y los datos son seguros y protegidos, no garantiza que no se produzcan eventos adversos imprevistos. En la medida de lo posible, nuestra oficina ha experimentado rigurosas normas de seguridad y de implementación de ti que satisfacen las recomendaciones de la industria.

Por favor, lea nuestra política de HIPAA para obtener información sobre cómo se utiliza la información de salud privada en nuestra oficina. Todos los pacientes han firmado un formulario de acuerdo HIPAA como parte de nuestro paquete anual de registro de pacientes. Si no recuerda haber firmado un acuerdo de HIPAA o necesita volver a familiarizarse con la política de HIPAA, estaremos encantados de proporcionarle una copia.

Una vez que haya firmado el acuerdo de usuario del portal del paciente y haya proporcionado a nuestra oficina una dirección de correo electrónico legítima que sea segura, se le dará a nuestro sistema una identificación única de usuario y contraseña. Se puede acceder al sitio:

1. Sitio web: www.rfamilymedicalgroup.com

2. Directamente yendo a esta URL: <https://health.healow.com/rfmg>

Reconocimiento y acuerdo del paciente:

Reconozco que he leído y comprendo completamente este formulario de consentimiento. Me han dado riesgos y beneficios del portal del paciente y acepto que entiendo los riesgos asociados con la comunicación en línea entre mi proveedor y yo, y consiento a las condiciones descritas en este documento.

Reconozco que el uso del portal del paciente es totalmente voluntario y no afectará la calidad de la atención que recibo en caso de que decida en contra del uso del portal del paciente.

Reconozco que mi nombre de usuario y contraseña serán únicos para mi información de salud y compartir mi nombre de usuario y contraseña puede conceder a otros acceso a mi información de

3110 Nogalitos Suite 105
San Antonio, Texas 78225
Phone: 210-533-0257
Fax: 210-534-0980

9811 Huebner Rd. Bldg. 2
San Antonio, Texas 78240
Phone: 210-561-8169
Fax: 210-561-8178

www.rfamilymedicalgroup.com

R Family Medical Group Here To Serve Your Family

salud. Además, entiendo que cualquier información de salud divulgada como resultado de compartir mi nombre de usuario y contraseña ya no puede ser protegida bajo la ley federal o estatal y podría ser liberada por el individuo que recibe la información.

Además, acepto cumplir con las políticas establecidas en este documento, así como cualquier otra instrucción o guía que mi médico pueda imponer para las comunicaciones en línea. Me han dado la oportunidad de hacer preguntas relacionadas con este acuerdo y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción.

Al firmar a continuación, autorizo al grupo médico de familia R a enviar comunicaciones por correo electrónico con respecto al portal del paciente a la dirección de correo electrónico identificada a continuación y dar mi consentimiento expreso para que mi información médica esté disponible para mi portal del paciente. Reconozco que tengo el derecho de recibir una copia completa de este consentimiento.

Por favor imprima claramente la dirección de correo electrónico autorizada para recibir la invitación por correo electrónico:

Por favor, Reimprima claramente la dirección de correo electrónico autorizada para recibir la invitación por correo electrónico:

Fecha de hoy: ____ / ____ / ____

Nombre impreso del paciente o representante

Firma del paciente o representante

USTED AFIRMA QUE TIENE EL PLENO DERECHO Y PODER DE FIRMAR Y ESTAR VINCULADO POR ESTOS ACUERDOS, Y QUE HA LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO TODOS LOS TÉRMINOS DE ESTE CONTRATO.

Fecha De Hoy: ____ / ____ / ____

Paciente/padre/o representante legal

Descripción de representante legal

Si tiene alguna pregunta o inquietud no dude en llamar a la oficina en 210-533-0257 y estaremos encantados de ayudarle.

Gracias,

3110 Nogalitos Suite 105
San Antonio, Texas 78225
Phone: 210-533-0257
Fax: 210-534-0980

9811 Huebner Rd. Bldg. 2
San Antonio, Texas 78240
Phone: 210-561-8169
Fax: 210-561-8178

R Family Medical Group Here To Serve Your Family

David A. Ramos, MD

**3110 Nogalitos Suite 105
San Antonio, Texas 78225
Phone: 210-533-0257
Fax: 210-534-0980**

**9811 Huebner Rd. Bldg. 2
San Antonio, Texas 78240
Phone: 210-561-8169
Fax: 210-561-8178**

www.rfamilymedicalgroup.com