CERTIFIED Allergy & Asthma of San Antonio
Medical Center | Lincoln Heights

Información del paciente

PATIENT INFORMATION

Nombre	Fecha de Nacimiento	Sexo: M ( ) F ( )	Estado Civil
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Seguro Social	Teléfono del hogar	Email	Celular
Compañía de empleo	Dirección		Teléfono del empleo
Doctor Primario	Dirección		Teléfono
Contacto de emergencia	Teléfono	Parentesco	

Farmacia de preferencia:_____Dirección/Teléfono:_____

¿Cómo escuchó de nosotros? ☐ Referido por Dr. _____

☐ Tengo amistades o familiares que vienen a esta clínica: _____

☐ Por Internet: Google/ Bing / Yahoo! / Google Ads / Yelp / Seguro Médico: _____

INSURANCE

Plan Médico Primario		
Número de Póliza	Número de Grupo	Fecha Efectiva
Nombre Principal en la Póliza	Fecha de Nacimiento	SS#
Relación con el Paciente		
Plan Médico Secundario		
Numero de póliza	Número de Grupo	Fecha Efectiva
Nombre Principal en la Póliza	Fecha de Nacimiento	SS#
Relación con el Paciente		

La información anterior es certera, según entiendo. Autorizo a Certified Allergy & Asthma of San Antonio (CAASA) para darme tratamiento a mí o mi dependiente. Autorizo a que mis beneficios de seguro se asignen directamente a CAASA. Entiendo que soy responsible por cualquier balance que no crubra el seguro, independientemente de la cobertura, incluyendo cualquier costo de cobranza.También autorizo a CAASA o mi compañía de seguros a divulgar cualquier información requerida para procesar mis reclamos.

Firma del paciente o persona responsable *Fecha*

CERTIFIED Allergy & Asthma of San Antonio
Medical Center | Lincoln Heights

Información del paciente

Nombre:_____ Fecha de Nacimiento: _____

Bienvenidos a Certified Allergy & Asthma. Complete toda la información a continuación lo mejor que pueda. Cualquier información que nos pueda proporcionar, nos ayudará a servirle mejor.

Condiciones Médicas *(Ejemplo: Asma, reflujo, hipertensión, etc.)*

Cirugias y Hospitalizaciones	Fecha	Cirugias y Hospitalizaciones	Fecha

Medicamento	Indicación	¿Desde cuándo la toma?

Vacunas					
Fecha de la ultima dosis:	• *Influenza*	_____ ☐	• *Pneumococo* (Prevnar, Pneumovax)	_____ ☐
	• *Tetano*	_____ ☐	• *Pertussis*	_____ ☐
	• *TB test (PPD)*	_____ ☐	• *Hepatitis*	_____ ☐

Alergias a comida y/o medicina

CERTIFIED Allergy & Asthma of San Antonio

Medical Center | Lincoln Heights

Información del paciente

Nombre:_____ Fecha de Nacimiento: _____

Historial Familiar Médico

☐ Alergias Nasales		☐ Migraña	
☐ Asma/COPD/Enfisema		☐ Hipertensión/Colesterol	
☐ Eczema		☐ Anemia	
☐ Diabetes		☐ Cancer	
☐ Glaucoma		☐ Enfermedad de la Tiroides	
☐ Endermedad Mental		☐ Enfermedad cardiaca	
☐ Enfermedad Autoimmune (e.g., lupus, Sjögren's, sarcoid, rheumatoid arthritis, etc.)		☐ Infecciones Recurrentes	

☐ Otra condición: _____

Cuestionario sobre su medio ambiente

¿Fuma o fumaba? Indique que fuma o fumaba, cuan frecuente y por cuanto tiempo.

_____

¿Cuánto alcohol consume? (Ejemplo: 2 tragos al dia en el fin de semana) _____

¿Cuándo se mudo al área? [ ] Siempre he vivido aquí [ ] Me mudé en: _____

Vive en : [ ] casa [ ] apartamento [ ] mobile home [ ] duplex/town home ¿Aire acondicionado? [ ] Wall unit [ ] Central

¿Cuánto hace que vive en su residencia actual? _____ ¿Cuantos años tiene su hogar? _____

¿Vive cerca de alguna fuente de contaminación? (ie., Planta industrial, autopista, etc)? [ ] No [ ] Sí: _____

¿Qué tipo de piso tienen en su cuarto? [ ] Madera [ ] Loseta [ ] Linoleum [ ] Alfombra

¿Aproximadamente cuántos años tiene su colchón? _____ ¿Tienes almohadas o edredones de pluma? [ ] Sí [ ] No

Enumere cualquier mascota que tenga : _____ [ ] Adentro [ ] Afuera [ ] Ambos

¿Tienes algún pasatiempo? _____

Cualquier otra cosa que pueda contarnos sobre su medio ambiente : _____

_____

Certifico que he ingresado la información en este cuestionario a mi leal saber y entender.

_____ _____

Firma del Paciente/Guardian Fecha de Visita

CERTIFIED Allergy & Asthma of San Antonio

www.sanantonioallergist.com

Aviso de Reconocimiento Sobre Prácticas de Información de Salud

Nuestro aviso de privacidad puede ser encontrada en la sala de espera, y describe como su información médica puede ser utilizada y revelada, y como usted puede obtener acceso a esta información. Favor de firmar esta forma reconociendo que ha leido y/o recibido esta póliza, y devuelva a la recepcionista. Revise la póliza cuidadosamente. Déjenos saber si tiene alguna pregunta.

Con mi firma, reconozco que he leído y/o recibido el Aviso sobre Practicas de Información de Salud de Certified Allergy & Asthma of San Antonio. Yo entiendo que la organización reserva el derecho de cambiar su aviso y práctica, y antes de su implementación, me enviará por correo una copia de cualquier revisión del aviso a la dirección que yo he brindado. Yo entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones sobre cómo se puede utilizar o revelar mi información de salud, y la organización no tiene que estar deacuerdo con las restricciones que yo solicite. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la organización ya haya tomado medidas al respecto.

_____
(Nombre del paciente o persona responsable)

_____ **Fecha:** _____
(Firma del paciente o persona responsable)

8285 Fredericksburg Rd, San Antonio, TX 78229 · Office: 210-614-3923 · Fax: 210-614-9306
999 E Basse Rd, San Antonio #118, TX 78209 · Office: 210-822-5300 · Fax: 210-822-5308

CERTIFIED Allergy & Asthma of San Antonio

www.sanantonioallergist.com

ACUERDO DE POLIZA FINANCIERA

Bienvenidos a CERTIFIED Allergy and Asthma of San Antonio (CAASA). Estamos comprometidos a brindarle atención médica asequible y de calidad. Por favor revise nuestro acuerdo financiero a continuación. Exprese cualquier inquietud antes de firmar.

Seguro médico. La cobertura de seguro es verificada antes de su cita. Su seguro nos dejará saber sus beneficios anticipados, pero estos no son garantizados. **El conociemiento de los beneficios de su seguro es su resposabilidad.** Si usted no tiene seguro, se espera pago completo en cada visita. Si usted tiene seguro pero no tiene una tarjeta actualizada, se requiere pago completo hasta que podamos verificar su cubierta. Favor que contactar su seguro con preguntas sobre cobertura.

Copagos y deducibles. Todos los copagos y deducible deben ser pagados en el momento del servicio. Este arreglo es parte de su contrato con su seguro médico. El fracaso de nuestra parte para cobrar copagos y deducibles de los pacientes puede considerarse fraude. Ayúdenos a cumplir la ley pagando su copago en cada visita.

Servicios no cubiertos. Tenga en cuenta que algunos, quizás todos, los servicios que recibe pueden no estar cubiertos o ser considerados reembolsables por su asegurador. Usted acepta pagar dichos servicios en su totalidad al momento de la visita.

Prueba de seguro. Debemos obtener una copia válida de su licencia de conducir y comprobante de seguro médico actual. Si no proporciona la información correcta del seguro de manera oportuna, puede ser responsable del saldo de su reclamo.

Sumisión de reclamos. Enviaremos sus reclamos y lo ayudaremos de cualquier forma que podamos para ayudarlo a pagar sus reclamos. Su compañía de seguros puede pedirle que les proporcione cierta información. Es su responsabilidad cumplir. El saldo de su reclamo es su responsabilidad, ya sea que su compañía de seguros pague o no su reclamo. Recuerde: su beneficio de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros; No somos parte de ese contrato.

Referido. Si su plan requiere un referido de un proveedor primario, nosotros debemos tener un referido actual en su archivo. Esté consciente que **mantener un referido actual es su responsabilidad**. Si usted no tiene un referido actual para su visita, usted será responsable de pagar por el servicio, no su seguro.

Falta de pago. Si su cuenta tiene más de 90 días de atraso, recibirá una carta indicando que tiene 30 días para pagar su cuenta en su totalidad. No se aceptarán pagos parciales a menos que se negocie lo contrario. Si queda un balance sin pagar, es posible que nos veamos obligados a remitir su cuenta a una agencia de cobranza. Usted y su familia inmediata pueden ser dados de baja de esta práctica. Se le notificará por correo ordinario y certificado que tiene 30 días para buscar atención médica alternativa. Durante ese período de 30 días, nuestro médico solo podrá tratarlo en caso de emergencia.

Registros Médicos y Papeleo. Nosotros cobrabos un **cargo de $50.00** por completar cualquier forma de "FMLA, Disability, Extended Work Excuse" u otras formas que requieran ser completadas por el médico. El procesamiento de la forma comenzará luego de recibir pago. Completar las formas puede tomar de 3-5 dias laborables. Nosotros cobramos un **cargo de $25.00** por copias de registros médicos hasta 40 páginas, y $1.50 por cada página adicional. Nosotros enviamos registros via fax de forma gratuita a otro proveedor luego de haber obtenido la forma de Formulario de Divulgación de Registros Médicos.

Ausencias y Cancelaciones. Nosotros cobramos un **cargo de $75.00** por ausencia y cancelaciones, y por cambiar la cita en el mismo día. A los pacientes no se les dará una nueva cita hasta que haya pagado el cardo. Este cargo no es cubierto por su compañía seguro.

Fondos Insuficientes. Nosotros cobramos un **cargo de $35.00** por cualquier cheque devuelto. El cargo será adicional a la cantidad original del cheque. En adición, cualquier pago futuro será requerido en efectivo, tarjeta de crédito o giro postal solamente.

Yo he leído, entendido y estoy de acuerdo con todo lo listado arriba.

_____
(Nombre del paciente o persona responsible)

_____ **Fecha:** _____
(Firma del paciente o persona responsable)

8285 Fredericksburg Rd, San Antonio, TX 78229 · Office: 210-614-3923 · Fax: 210-614-9306
999 E Basse Rd, San Antonio #118, TX 78209 · Office: 210-822-5300 · Fax: 210-822-5308

CERTIFIED Allergy & Asthma of San Antonio

www.sanantonioallergist.com

POLIZA DE TARJETA DE CREDITO/DEBITO

En CERTIFIED Allergy & Asthma of San Antonio (CAASA), nos esforzamos por mantener una comunicación abierta con nuestros pacientes con respecto a asuntos financieros. A partir del 1 de agosto de 2018, estamos solicitando que los pacientes dejen una tarjeta de crédito/débito en el archivo como garantía de pago por cualquier balance después de que su seguro haya procesado su reclamo.

¿POR QUÉ ESTE CAMBIO? Trabajar con compañías de seguros y cobrar saldos de pacientes, requiere una cantidad excesiva de tiempo de nuestro personal, lo que en última instancia contribuye a mayores costos para los pacientes. Hacemos nuestro mejor esfuerzo para estimar los costos de los pacientes en el momento del servicio, en función de la información que nos brinda su compañía de seguros, pero esto no es una garantía. Cobrar el pago de manera oportuna no solo mejora la eficiencia del proceso, sino que también mantiene los costos bajos. Además, la experiencia ha demostrado que la satisfacción del paciente aumenta cuando no hay preocupaciones sobre la facturación de balances retrasados.

¿SERÁ SEGURA MI INFORMACIÓN? Su información no se almacenada localmente. Se almacenará de forma segura en línea utilizando el mismo cifrado de nivel bancario que toda su otra información confidencial de salud.

QUÉ SIGNIFICA ESTO PARA USTED: Recibirá una carta de su compañía de seguros explicando la cobertura de su visita (Explicación de beneficios o EOB). Por lo general, recibimos el pago del seguro de 2 a 6 semanas después de que el paciente recibe su EOB. Le proporcionaremos una llamada telefónica de cortesía para informarle sobre cualquier saldo restante después del pago de su seguro. Su tarjeta de crédito se cargará automáticamente después de 14 días por el saldo restante, si el balance es de más de $ 5.

¿HAY OTRA OPCIÓN DE PAGO? Usted tiene la opción de pagar sus servicios en su totalidad en la fecha del servicio. Presentaremos su reclamo con la compañía de seguros. Una vez que el seguro pague su reclamo, le reembolsaremos cualquier monto que haya pagado por esa fecha de servicio. Si queda algún saldo después de que el seguro haya pagado, lo deduciremos del pago recibido en la fecha de servicio.

Check one:

☐ Autorizo a CAASA a cargar mi tarjeta de crédito / débito cualquier saldo restante después de que mi seguro haya pagado un reclamo de servicio de CAASA. Entiendo que mi tarjeta se mantendrá en un archivo seguro.

Iniciales: _____

☐ NO deseo dejar una tarjeta de crédito/débito en el archivo. Pagaré mi visita en su totalidad en la fecha del servicio y CAASA me reembolsará después de que mi compañía de seguros haya procesado y pagado el reclamo.

Initials: _____

Office use only:

CARD VISA__ AMEX__ MASTERCARD__ DISCOVER__ OTHER_____

CARD# _____

EXP_____ SECURITY CODE_____

BILLING/ZIP_____

_____

CAASA verificará los beneficios, estimará la porción del paciente y archivará todos los documentos del seguro para cualquiera de las opciones anteriores. Entiendo que todavía es mi responsabilidad entender mi cobertura y que no hay garantía de pago de ninguna compañía de seguros. Este acuerdo está vigente mientras tenga cobertura de seguro o hasta que notifique a CAASA por escrito sobre un cambio en las opciones de pago anteriores. También entiendo que si mi tarjeta de crédito / débito es rechazada y / o cualquier saldo adeudado por mí no se paga dentro de los 14 días a partir de la fecha en que paga el seguro, se me solicitará que pague mi visita en su totalidad por todos los servicios futuros y se me reembolsará después de que mi compañía de seguros procese el reclamo. También acepto notificar a CAASA de inmediato si mi número de tarjeta de crédito cambia o caduca.

Nombre: _____

Firma: _____ **Fecha:**_____

8285 Fredericksburg Rd, San Antonio, TX 78229 · Office: 210-614-3923 · Fax: 210-614-9306
999 E Basse Rd, San Antonio #118, TX 78209 · Office: 210-822-5300 · Fax: 210-822-5308