

Nombre del paciente: _____ Fecha de nac. (día/mes/año): _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____ Habilitar para Internet para registrarse en el Portal del Paciente
WellMed recomienda que usted proporcione una dirección de correo electrónico personal a la cual solamente usted tenga acceso.

Nº. de tel. de casa: _____ Nº. de tel. del trabajo: _____ Nº. de celular: _____

Método preferido para ser contactado: llamada texto digital en persona correo postalIdioma preferido para el lenguaje médico hablado: inglés español otro: _____Idioma preferido para el lenguaje médico escrito: inglés español otro: _____¿Requiere servicios de traducción (escrita/verbal)? Sí No Idioma: _____Raza: Indígena hawaiana o isleña de las islas pacíficas negra o afroamericana asiática blanca
 india americana o nativa de Alaska Prefiero no declararloOrigen étnico: hispano o latino Ni hispano ni latino Prefiero no declararloSexo: M F OtroEstado civil: casado(a) soltero(a) divorciado(a) viudo(a) pareja legalmente separado(a)¿Es usted empleado de WellMed? Sí No ¿Es familiar de un empleado de WellMed? Sí No**CONTACTO DE EMERGENCIA Y/O CUIDADOR**

Nombre de contacto de emergencia: _____ Relación con el paciente: _____

Nº. de tel. de casa: _____ Nº. de tel. del trabajo: _____ Nº. de celular: _____

Nombre de su cuidador(a): _____ Teléfono: _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo doy mi consentimiento voluntario para recibir servicios médicos y de atención médica proporcionados por médicos, empleados y personal asociado, asistentes de WellMed y otros proveedores de atención médica que mis médicos consideren necesarios. Entiendo que dichos servicios pueden incluir procedimientos de diagnóstico, exámenes y tratamientos. Entiendo que WellMed es un establecimiento de enseñanza afiliado y puede haber médicos residentes y estudiantes que participen en mi cuidado. Reconozco que no se me ha dado ninguna garantía de resultado o curación. Entiendo que este consentimiento para tratamiento será válido y permanecerá en efecto mientras yo sea atendido o reciba servicios de WellMed, a menos que yo lo revoque por escrito con dicha notificación escrita proporcionada a cada clínica en la que yo sea atendido o de la cual reciba servicios.

_____ Iniciales del Paciente/Padre o Tutor legal

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR HISTORIAL DE RECETAS MÉDICAS

Autorizo que WellMed y sus proveedores médicos afiliados recuperen electrónicamente mi historial externo de recetas médicas. Entiendo que mis proveedores médicos y el personal de aquí pueden ver el historial de recetas médicas de otros proveedores médicos no afiliados, compañías de seguro y administradores de beneficios farmacéuticos, y que puede incluir recetas médicas de años anteriores. Entiendo que WellMed y sus proveedores afiliados usarán mi historial externo de recetas médicas para darme tratamiento médico y evaluar y mejorar mi seguridad como paciente y la calidad de la atención médica que me prestan. Entiendo que puedo revocar mi permiso en cualquier momento al darle un aviso por escrito a mi proveedor de atención médica.

_____ Iniciales del Paciente/Padre o Tutor legal

Continúa en la página siguiente

CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIONES DIGITALES

Al proporcionar mi número de teléfono a WellMed, acepto recibir llamadas automatizadas, mensajes pregrabados y/o mensajes de texto en relación a mi atención médica por parte de WellMed y sus afiliados. Acepto recibir textos de recordatorios de citas y notificaciones clínicas, como disponibilidad de la vacuna contra la gripe o cierres de clínicas, al número de teléfono que he proporcionado en este formulario. Entiendo que pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos, que las condiciones y la información sobre privacidad están disponibles en www.wellmedhealthcare.com/es/texting-terms/, y que los mensajes serán recurrentes. También reconozco y acepto que estos mensajes de texto pueden contener Información Médica Protegida (PHI, por sus siglas en inglés). Enviar mensajes de texto no es un modo de comunicación seguro y existe el riesgo de que sean leídos por terceros. Puedo revocar o retirar este consentimiento en cualquier momento. Dicha revocación del consentimiento deberá hacerse por escrito.

_____ Iniciales del Paciente/Padre o Tutor legal

CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍA, VIDEOGRABACIONES O AUDIOGRABACIONES

Doy mi consentimiento a WellMed para que tome mi imagen para uso en algún tratamiento, pago o funciones relacionadas con el servicio médico. Entiendo que mi imagen, incluyendo fotografías y grabaciones de audio/video se utilizarán con el fin de ayudar en mi cuidado médico, pago o funciones relacionadas con el servicio médico, incluyendo iniciativas de calidad. Entiendo que WellMed será propietaria de estas imágenes. Es posible que haya copias disponibles de las mismas a un costo razonable. Puedo revocar o retirar este consentimiento en cualquier momento. Dicha revocación del consentimiento deberá hacerse por escrito. La revocación del consentimiento no afecta ninguna de la información previa al aviso por escrito de la revocación.

_____ Iniciales del Paciente/Padre o Tutor legal

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Autorizo que WellMed solicite en mi nombre los beneficios para los servicios cubiertos. Solicito que el pago de mi compañía de seguro se haga directamente a WellMed. Doy fe de que la información que he proporcionado con respecto a mi cobertura de seguro es la correcta. Entiendo que soy responsable del pago de todos los servicios médicos prestados. Todo cheque que me envíe la compañía de seguro se remitirá a este grupo médico para aplicarse a mi cuenta, si existiera un saldo. Esta asignación seguirá en vigor hasta que yo la cancele por escrito.

_____ Iniciales del Paciente/Padre o Tutor legal

AVISO DE POLÍTICA DE PAGO

He recibido y acepto cumplir con la Política de Pago. Se proporcionará una copia a petición.

_____ Iniciales del Paciente/Padre o Tutor legal

AVISO DE SERVICIOS DE TELESALUD/TELEMEDICINA

He recibido notificación de mis derechos con respecto a la telesalud/telemedicina. Se proporcionará una copia a petición.

_____ Iniciales del Paciente/Padre o Tutor legal

AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Las Prácticas de Privacidad de WellMed están disponibles para su revisión en la clínica y en www.wellmedhealthcare.com/privacy-es/. Se proporcionará una copia a petición. Reconozco que recibí el Aviso sobre las Prácticas de Privacidad.

_____ Iniciales del Paciente/Padre o Tutor legal

Firma del paciente o Padre/Tutor legal

Fecha

Continúa en la página siguiente

Por favor lea a continuación antes de recibir los servicios.

Entiendo que tengo los siguientes derechos con respecto a la telesalud/telemedicina:

- 1. Definición de telesalud/telemedicina.** Los servicios de telesalud/telemedicina implican el uso de equipo y dispositivos de videoconferencia interactiva segura o plataformas que permiten a los proveedores de atención médica prestar servicios de salud a los pacientes cuando están ubicados en diferentes lugares.
- 2. El derecho a recibir atención médica.** Entiendo que las mismas normas de atención médica que se aplican a una visita en persona se aplican a una visita por video. Entiendo que tengo derecho a no participar o decidir dejar de participar en una visita por video, y que mi negativa no afectará mi derecho a recibir atención médica o tratamiento en un futuro.
- 3. Información y confidencialidad del paciente.** Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y confidencialidad de la información sobre la salud también se aplican a los servicios de telesalud/telemedicina. Entiendo que el video, el audio o las fotografías pueden ser almacenados y que tengo derecho a acceder a mi información médica de acuerdo con la ley federal y estatal. Entiendo que mi compañía de seguro médico tendrá acceso a mi información médica para fines de revisión de calidad y/o auditoría. Entiendo que no estaré físicamente en la misma habitación que mi profesional clínico y que se me notificará y se obtendrá mi consentimiento para que esté presente cualquier persona que no sea mi profesional clínico. Entiendo que la divulgación de mi información médica, incluidos archivos de audio y video, puede ser por transmisión electrónica.
- 4. Riesgo de comunicación y consentimiento.** Entiendo que existen riesgos potenciales al usar la telesalud y la videotecnología, incluidos mas no limitados a la posibilidad de interceptación, interrupción o distorsión debido a fallas técnicas, pese a los esfuerzos razonables por parte de mi proveedor médico. Si se determina que la conexión electrónica no es adecuada, entiendo que mi proveedor de atención médica o yo podemos suspender su uso y hacer otros arreglos para continuar la visita por otros métodos. Al firmar el formulario de registro (incluidas todas las formas de firma digital) y proporcionar mi número de móvil y/o dirección de correo electrónico dentro de la plataforma de telesalud, doy mi consentimiento para recibir mensajes de SMS/texto o correos electrónicos (pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos) para servir de recordatorio de las visitas de video y/o enlaces de conexión. Entiendo que los mensajes pueden contener información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) y que se envían a través de medios no encriptados, que existe cierto riesgo de divulgación o interceptación, y que puedo optar por excluirme eliminando mi número de móvil o dirección de correo electrónico de la cuenta correspondiente dentro de la plataforma de telesalud. Confirmando haber entendido los Términos y las Condiciones de los Mensajes de Texto disponibles en www.wellmedhealthcare.com/es/texting-terms/.
- 5. Seguro y facturación.** Acepto y entiendo que soy responsable de cualquier costo de desembolso (de bolsillo), incluidos deducibles, copagos o coaseguros que se apliquen a mi visita por video. Entiendo que las políticas de pago del plan de salud por visitas por video pueden ser diferentes de las visitas en persona.
- 6. Quejas.** Entiendo que puedo presentar una queja sobre médicos, así como sobre otros titulares de licencias y titulares de las juntas médicas estatales respectivas.

Texas Medical Board: 333 Guadalupe, Tower 3, Suite 610, P.O. Box 2018, MC-263, Austin, TX 78768-2018. Attn: Investigations) o 1-800-201-9353. Se puede encontrar más información en www.tmb.state.tx.us.

Quejas sobre la atención médica en Florida: Department of Health, 4052 Bald Cypress Way, Bin C75, Tallahassee, Florida 32399-3260. Correo electrónico: MQA.ConsumerServices@flhealth.gov. Fax 850-488-0796. Se puede encontrar más información en <https://www.floridahealth.gov>.

Junta Médica de Nuevo México: 2055 S. Pacheco Building 400, Santa Fe, NM 87505. Fax: (505) 476-7237. Correo electrónico: nmbme@state.nm.us. Se puede encontrar más información en <https://www.nmmb.state.nm.us>.

Continúa en la página siguiente

Por favor lea lo siguiente antes de recibir los servicios.

Pago: si aún no ha cubierto el deducible o es responsable de un porcentaje del deducible, el pago se espera en el momento del servicio. Si usted es responsable de cualquier saldo adeudado después de que cualquier reclamación de seguro sea procesada, el saldo será facturado mediante un estado de cuenta. Hay un cargo de \$25 dólares por cheques devueltos (sin fondos).

Comprobante de seguro: todos los pacientes deben llenar el formulario de registro del paciente antes de ver a un profesional clínico. Por favor notifique a nuestra oficina los cambios en la cobertura del seguro primario o secundario. Obtendremos una copia de su licencia de conducir o identificación estatal y la tarjeta del seguro actual y válida. Si no nos da los datos correctos del seguro en el momento oportuno, usted podría ser responsable del saldo de la reclamación. Si no podemos verificar o confirmar su elegibilidad, usted podría ser responsable de los cargos incurridos.

Seguro: WellMed participa en varios planes de seguro, incluido Medicare. Antes de recibir los servicios, usted debe conocer sus beneficios y verificar que seamos proveedores participantes de su seguro. Si usted recibe un servicio, y nosotros no somos proveedores participantes o su médico no figura como su proveedor de atención primaria con su compañía de seguros, el pago debe realizarse en su totalidad en el momento del servicio.

Atención médica administrada: todo copago de atención médica administrada (HMO, PPO, etc.) debe efectuarse en el momento del servicio. Si su plan de seguro requiere una autorización de remisión de un médico de atención primaria, por favor presente esta en su visita inicial. Si usted solicita una visita al consultorio o una cirugía sin una autorización de remisión, su plan de seguro podría considerar esto como un tratamiento fuera de la red o no cubierto, y usted sería responsable del pago de una cantidad mayor o de todos los cargos. Por favor asegúrese de que entienda cuáles servicios están cubiertos y esté preparado para pagar cualquier servicio que se considere no cubierto o no autorizado por el plan.

Medicare: WellMed participa en el programa de Medicare y acepta el pago permitido por Medicare, el deducible del paciente y/o el 20% del coaseguro. Si usted tiene un seguro suplementario (Medigap), por favor denos una copia de su tarjeta de seguro y los formularios que la compañía de seguros requiera. Medicare o las compañías de seguro secundario no cubren algunos procedimientos y suministros. En estos casos, se le podría pedir que firme un formulario de exención en el que se indique que usted entiende y que será responsable de estos gastos.

Medicaid: si usted tiene algún tipo de cobertura de Medicaid, por favor avísenos antes de su visita. Esto forma parte de su acuerdo con Medicaid; el no avisarnos de la cobertura de Medicaid podría resultar en que usted sea responsable del pago de los servicios prestados.

Copagos y deducibles: todo copago y deducible debe pagarse en el momento del servicio. Este arreglo forma parte de su contrato con su compañía de seguro.

Servicios no cubiertos: por favor tenga en cuenta que algunos o todos los servicios que reciba pueden no estar cubiertos o ser considerados no razonables o innecesarios por Medicare u otras aseguradoras. El pago debe realizarse en el momento del servicio y cualquier saldo pendiente se facturará mediante un estado de cuenta.

Presentación de reclamaciones: nosotros presentaremos sus reclamaciones a su seguro. Es posible que su seguro necesite que usted proporcione cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con esa petición.

Cambios en la cobertura: si su seguro cambia, por favor avísenos antes de su próxima visita para que podamos hacer los cambios indicados para ayudarle a recibir los máximos beneficios.

Falta de pago: si su cuenta está sin pagar, puede ponerse en contacto con nuestro departamento de facturación para hacer arreglos de pago.

Pacientes con accidentes automovilísticos: WellMed puede tratar a pacientes establecidos para la atención de accidentes automovilísticos. Se presentará una reclamación a su plan de seguro o aceptamos el pago como pago por cuenta propia. WellMed no aceptará una carta de protección de un abogado como garantía de pago ni facturará a un seguro de terceros.

Compensación de trabajadores: WellMed no trata a pacientes nuevos o establecidos para la compensación de trabajadores o lesiones laborales. Además, WellMed no participa en los seguros de compensación de trabajadores.

Hijos de padres divorciados: el pago del tratamiento de los hijos menores de edad de padres divorciados recae en el padre que busca el tratamiento. Cualquier juicio de responsabilidad ordenado por la corte debe ser determinado entre los individuos involucrados, sin incluir a WellMed.

Tabla de cuotas (cargos): nuestro consultorio está comprometido a ofrecer el mejor tratamiento para nuestros pacientes. Nuestros precios representan los cargos normales que se acostumbra cobrar en nuestra área.

Estados de cuenta: le enviaremos un estado de cuenta a la dirección de facturación que usted nos proporcione. Si tiene preguntas o cuestiona la validez del saldo, comuníquese a nuestra oficina comercial lo más antes posible de que reciba el estado de cuenta.