

Paciente

Fecha: _____ / _____ / _____ Correo electrónico: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Teléfono: (_____) _____ - _____

Proveedor de atención primaria: _____ Sexo: Masculino Femenino

Teléfono de proveedor de atención primaria: (_____) _____ - _____ Farmacia preferida: _____

¿Cómo supo de nosotros? _____

¿Lo remitió otro proveedor? S N En caso afirmativo, indique el nombre del proveedor: _____

Motivo de su visita hoy: _____

¿Tiene esta visita relación con una indemnización por accidentes laborales? S N

En caso afirmativo, indique la fecha de la lesión: _____

En caso afirmativo, indique el nombre del empleador: _____

Parte responsable (para niños menores de 18 años)

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Relación del paciente con la parte responsable: _____

¿Tiene la misma dirección y teléfono que el paciente? S N

(En caso negativo, indique): _____

Primary Insured (insurance policy holder)

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Sexo: Masculino Femenino

¿Tiene la misma dirección y teléfono que el paciente? S N

(En caso negativo, indique): _____



Firma del paciente o representante legalmente autorizado


Relación con el paciente/testigo o traductor

Fecha (MM/DD/AAAA)


Su experiencia es nuestra principal prioridad

Nuestro objetivo hoy es brindarle una atención excepcional. Revise cada uno de los elementos a continuación y coloque sus iniciales para aceptar su consentimiento. Indíquenos si tiene alguna pregunta o si necesita alguna aclaración.


Comentarios del paciente

<input type="checkbox"/> Acepto <input type="checkbox"/> No acepto  Iniciales _____	<p>Sus opiniones son importantes. Con su consentimiento, nos gustaría enviarle mensajes de texto automatizados para obtener comentarios sobre su experiencia en UM Urgent Care.</p> <p>Seleccione Accept (acepto) para permitirnos enviar mensajes de texto automatizados a los números de teléfono del paciente que indicó. Aplicarán tarifas por mensajes/datos. Haga clic en Decline (no acepto) si no desea recibir mensajes de texto automatizados, pero no le incomoda que lo llamemos por teléfono a los números de contacto que proporcionó.</p> <p>Al acordar aceptar estos mensajes de texto, usted reconoce que los mensajes de texto SMS no son una forma segura de comunicación y existe el riesgo de que un texto que contenga información de salud personal (Personal Health Information, PHI) pueda revelarse a terceros no autorizados o ser interceptado por estos. NO le enviaremos mensajes de texto con información confidencial, como sus resultados de análisis de laboratorio reales; simplemente le notificaremos por mensaje de texto que tenemos información adicional para compartir y le pediremos que nos llame cuando pueda hacerlo. Puede excluirse en cualquier momento respondiendo "STOP" (suspender) al mensaje de texto. Tenga en cuenta que nuestros proveedores no pueden participar en mensajes de texto bidireccionales.</p>
---	---

Seguro privado

<input type="checkbox"/> Acepto <input type="checkbox"/> No acepto  Iniciales _____	<p>Copago: todos los copagos de los pacientes deben pagarse en el momento del servicio.</p> <p>Tarjeta en archivo: nuestra política es reservar una tarjeta de crédito en archivo para poder gestionar fácilmente cualquier monto de coaseguro o deducible no cubierto después de recibir la Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de su compañía de seguros.</p> <p>*TENGA EN CUENTA: Recibimos la EOB de su compañía de seguros al mismo tiempo que usted. Debe considerarla EOB como una alerta de que puede adeudar un monto adicional. Tiene aproximadamente 7 días para comunicarse con nosotros si tiene alguna pregunta o desea indicar otra forma de pago antes de que se haga el cargo a la tarjeta en archivo.</p> <p>*No facturamos al seguro de protección contra lesiones personales por visitas relacionadas con lesiones personales o por accidentes de tránsito. Pregunte sobre nuestras tarifas de pago rápido para pacientes que no utilizan seguro.</p>
--	--

Envío de expedientes al PCP

<input type="checkbox"/> Acepto <input type="checkbox"/> No acepto  Iniciales _____	<p>Cuando proporcione información de su proveedor de atención primaria (PCP), compartiremos automáticamente una copia de las notas de la visita de hoy con su PCP después de esta visita.</p>
--	---

Servicios prestados

Acepto No acepto



Iniciales

Una vez que lo haya evaluado un proveedor, habrá un cargo por la visita.

*Un proveedor puede determinar que no tenemos el equipo o la especialización adecuados para brindarle la atención médicamente necesaria que requiere. En algunos casos, se le facturará por la evaluación, orientación clínica o coordinación de su transferencia. Su bienestar siempre es nuestra mayor prioridad.

Gestión de antibióticos

Acepto No acepto




Iniciales

Nuestros proveedores están capacitados para brindar la atención médica más adecuada y responsable posible. A veces, los medicamentos/antibióticos no son el mejor plan de tratamiento en función de sus síntomas actuales o resultados de análisis de laboratorio. Nos enorgullece asegurarnos de no recetar innecesariamente antibióticos que podrían afectar de forma negativa la salud de nuestros pacientes.

Reconocimiento de responsabilidad financiera del paciente del pagador comercial

Acepto No acepto



Iniciales

University of Maryland Urgent Care (UM Urgent Care), ofrece algunos servicios de pruebas clínicas a sus pacientes, como SARS-CoV-2 ARN y pruebas de ácidos nucleicos (NAAT) cualitativas ("pruebas de detección de COVID-19"). UM Urgent Care usará laboratorios externos para prestarlos servicios de laboratorio clínico para las pruebas de detección de COVID-19. Dependiendo de su plan de salud individual y su cobertura, es posible que sus pruebas de detección de COVID-19 no estén cubiertas o que esté sujeto a ciertos deducibles, copagos, coaseguro, autorización previa u otros requisitos de gestión médica. Pruebas de detección de COVID-19 para fines de seguridad en el lugar de trabajo, vigilancia de la salud pública, pruebas para asintomáticos o cualquier esfuerzo que no esté asociado principalmente con un diagnóstico o tratamiento individualizado, son algunas razones, pero no todas, por las que es posible que su plan de salud individual no cubra sus pruebas de detección de COVID-19.

Al firmar este formulario, usted indica que acepta que se le facturará y será responsable individualmente de hasta cien dólares (\$100.00) por sus pruebas de detección de COVID-19 si su plan de seguro de salud no las cubre, ya sea de forma total o parcial, con sujeción a los procedimientos de facturación y cobranza de UM Urgent Care. Usted es el único responsable de verificar con su plan de salud individual si este cubre las pruebas de detección de COVID-19.

Usted reconoce que ciertos centros en Maryland pueden realizar pruebas sin cargo y que UM Urgent Care le proporcionará una lista de estos centros si prefiere que su prueba de detección de COVID-19 se realice en un centro de prueba gratuito alternativo. UM Urgent Care no hace ninguna declaración con respecto a los cargos en los centros de prueba gratuitos y usted debe verificar su responsabilidad de pago en los centros alternativos.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Al firmar este formulario, autorizo a UM Urgent Care, y a sus médicos, asistentes, agentes y otros proveedores de atención médica y proveedores asociados para que presten los servicios médicos y de atención médica ("Servicios") que mis médicos y otros proveedores y asistentes no médicos consideren necesarios.

Entiendo que: (i) dichos Servicios pueden incluir exámenes físicos, pruebas de diagnóstico y laboratorio, y otros procedimientos de diagnóstico y tratamiento; (ii) como parte de los Servicios, se pueden tomar/grabar fotografías, videos y otras imágenes para fines de tratamiento y pago; y que tengo o tendré la oportunidad de hacer preguntas sobre los Servicios que presta UM Urgent Care.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Certifico y entiendo que (i) recibí una copia del "Aviso de prácticas de privacidad" de UM Urgent Care en la fecha de este formulario o con anterioridad; (ii) el Aviso de prácticas de privacidad proporciona información acerca de cómo UM Urgent Care y sus proveedores de atención médica y trabajadores pueden usar o divulgar información de salud protegida sobre mí; (iii) puedo obtener acceso a esta información; (iv) puedo llamar al Funcionario responsable de la privacidad al 443-462- 5425 o enviarle un correo electrónico a Privacy@umm.edu si tengo alguna pregunta acerca de este Aviso de prácticas de privacidad; (v) UM Urgent Care puede revelar la información obtenida como resultado de los Servicios a mis otros proveedores de atención médica, mi aseguradora de atención médica u otra entidad pagadora, o conforme se indique de otro modo en el Aviso de prácticas de privacidad de UM Urgent Care; y (vi) UM Urgent Care no puede ser responsable del uso o la divulgación de información por parte de terceros.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y CESIÓN DE BENEFICIOS

(solo visitas médicas que no sean de carácter ocupacional)
Entiendo que, de acuerdo con mi cobertura de atención médica actual (de tenerla) y el contrato de UM Urgent Care con mi compañía de seguros correspondiente u otra entidad pagadora externa (de haberla), seré personalmente responsable:

1. De la totalidad del pago de los Servicios que me preste UM Urgent Care; o
2. De mi copago o deducible correspondiente más el costo de cualquier otro Servicio no cubierto por mi seguro actual en ese momento.

Certifico y entiendo que (i) dichos pagos se vencerán en el momento en que UM Urgent Care proporcione los Servicios correspondientes; (ii) dichos pagos se vencerán cada vez que reciba los Servicios de UM Urgent Care; (iii) dependiendo de la fecha y hora actual, se puede aplicar una tarifa fuera de horario a mi visita, la cual puede o no estar cubierta por mi seguro; (iv) acepto pagar todos los cargos por los Servicios no cubiertos por mi aseguradora de salud u otra entidad pagadora (incluido Medicare o Medicaid) y acepto hacer el pago según lo solicite UM Urgent Care; (v) si no tengo cobertura de seguro o UM Urgent Care no tiene un contrato directo con mi aseguradora o entidad pagadora aplicable, se me solicitará que pague la totalidad de mis Servicios en el momento en que dichos Servicios se presten o según lo solicite de otro modo UM Urgent Care. Para gestionar de manera más eficiente el proceso de pago, cedo a UM Urgent Care mis derechos a cualquier beneficio de atención médica aplicable que se me pague en virtud de mi seguro o un programa de otra entidad pagadora externa (incluido Medicare y Medicaid), y autorizo que los pagos directos, hasta el monto total de mis cargos, de dichas entidades pagadoras se hagan directamente a UM Urgent Care.

Certifico y entiendo que al firmar este formulario y proporcionar mi dirección de correo electrónico y número de teléfono móvil (i) autorizo a UM Urgent Care a usar mi dirección de correo electrónico para fines de práctica y mensajes relacionados con la salud y para ciertos fines de mercadeo limitados; (ii) dichos usos de mercadeo y mensajería se limitarán a las comunicaciones entre UM Urgent Care y yo; (iii) UM Urgent Care valora la privacidad del paciente y no vende direcciones de correo electrónico ni las utiliza para fines distintos a los descritos en este documento o en el Aviso de prácticas de privacidad de UM Urgent Care; (iv) salvo que se indique lo contrario en el Aviso de prácticas de privacidad de UM Urgent Care, puedo revocar esta autorización y excluirme de dichos usos de mercadeo y mensajería en cualquier momento después de recibir mi correo electrónico inicial de UM Urgent Care; (v) autorizo que UM Urgent Care o sus agencias contratadas utilicen el número de teléfono que proporcioné para comunicarse conmigo en el caso de cualquier saldo pendiente en mis cuentas o para los fines de mi coordinación de atención médica; y (vi) UM Urgent Care no ha condicionado mi tratamiento a la facilitación de estas autorizaciones. La información proporcionada es correcta a mi leal saber y entender. No responsabilizaré a UM Urgent Care, a sus proveedores de salud ni a sus empleados por los errores u omisiones que haya cometido al completar este formulario. Solo para visitas de salud ocupacional: UM Urgent Care puede comunicarse con mi empleador para verificar el propósito de mi visita, si es necesario.

Nombre del paciente en letra de imprenta: _____

Mi firma indica que revisé el Consentimiento para tratamiento y responsabilidad financiera (o que lo revisé con un tercero). Leí el Aviso de prácticas de privacidad. Acepto todos los términos y condiciones y estoy de acuerdo con las declaraciones de este formulario.

Entiendo que las autorizaciones y los consentimientos descritos serán válidos y permanecerán vigentes mientras asista o reciba servicios de UM Urgent Care, a menos que revoque dichas autorizaciones o dicho consentimiento.



Firma del paciente o representante legalmente autorizado

Relación con el paciente/testigo o traductor

Fecha (MM/DD/AAAA)