

## UBICACIONES:

**VICTORVILLE, CA**  
12998 Hesperia Rd, #204  
Victorville, CA 92395  
Ph: 760- 780-4960

Gracias por confiarnos su cuidado. En High Desert Oncology Center, creemos que el tratamiento del cáncer requiere intervención médica; sin embargo, también creemos que una voluntad fuerte y un sistema de apoyo sólido juegan un papel vital en el proceso de curación.

Por eso, nuestro experto equipo de profesionales de atención oncológica altamente cualificados colabora estrechamente con nuestros pacientes y sus seres queridos a lo largo del tratamiento y la recuperación. Es este enfoque compasivo combinado con nuestras instalaciones de última generación, el ambiente cómodo, y el compromiso de utilizar las técnicas de tratamiento más avanzadas disponibles lo que ayudan a hacer de High Desert Oncology Center un centro de oncología de primera clase.

## SU PRIMERA VISITA

Para evaluar su salud, es extremadamente importante que recibamos sus registros médicos antes de la hora de su visita programada. Haga arreglos para que su médico los envíe a nuestra oficina antes de su cita inicial. Para brindarle la más alta calidad de atención, su médico deberá revisar cualquier patología, informes quirúrgicos, radiografías, resultados de laboratorio, notas médicas y registros de pacientes hospitalizados que estén disponibles.

## PEDIMOS QUE LOS PACIENTES SIEMPRE...

- Lleven las tarjetas del seguro a cada visita. Si hay un plan de seguro secundario, un plan complementario de Medicare o un plan de recetas, deben asegurarse de traer todas sus tarjetas.
- Nos mantengan informados de cualquier cambio en cualquier estadística vital como dirección, número de teléfono, situación laboral, estado civil o seguro.
- Proporcionen una lista actualizada de medicamentos en cada visita al consultorio; es necesario que revisemos todos los medicamentos recetados y de venta libre que se toman actualmente, incluidas vitaminas, hierbas, aspirinas, Tylenol, etc. A algunos pacientes les resulta más conveniente llevar los frascos de medicamentos a la cita.
- Permitan un tiempo de respuesta de 72 horas para los resurtidos de recetas. Tengan en cuenta que algunas recetas para analgésicos no permiten resurtirlas, por lo tanto, solicitamos que los pacientes se comuniquen con nosotros antes de quedarse sin medicamentos.
- Tengan en cuenta los sistemas inmunológicos comprometidos de otros pacientes y que se abstengan de traer niños a sus citas. Si se sienten enfermos, llámenos antes de su cita para que podamos brindarles orientación.
- Anoten cualquier pregunta o inquietud que surja para discutirla con el médico. Una vez que un paciente ha hecho una cita, todas las facetas de nuestros servicios, desde los últimos hallazgos de investigación hasta la tecnología más avanzada, se utilizarán para brindar el más alto nivel de atención médica de calidad.

Una vez más, le damos la bienvenida y le damos las gracias por elegir a High Desert Oncology Center. Para obtener más información, visite nuestro sitio web en [www.highdesertoncology.com](http://www.highdesertoncology.com) Si necesita asistencia adicional, llame al (760) 780-4960.

**POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_ / \_\_ / \_\_ Edad: \_\_ Género:  Masculino  Femenino  Transgenero:  M a F  F a M

No. de seguro social: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección secundaria: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ ¿Podemos enviarle un correo electrónico??  Sí  No

Idioma preferido: \_\_\_\_\_

Etnia/raza:  Blanco  Hispano/Latino  Negro/Afroamerican  Nativo Americano Asiático / Isleño del Pacífico  Otro

Ocupación: \_\_\_\_\_

 Empleado / Independiente  Desempleados  Jubilado  Discapacitado

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Estado civil:  Casado  Soltero  Viudo  Divorciado  OtroEn dónde vive:  Vive solo  Vive con la familia  Vive en un asilo de ancianos Residente durante el invierno  Residente todo el año¿Recibe actualmente atención médica a domicilio?  Sí  NoHijos:  Sí  No Si los tiene, ¿cuántos tiene? \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico remitente (si es otro) : \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Iniciales del paciente:** \_\_\_\_\_



# REGISTRO DEL PACIENTE

**POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Poder notarial duradero para atención médica:  Sí  No \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Testamento vital para la atención médica:  Sí\*  No \*Proporcione una copia para nuestros registros
**Primario**

Aseguradora: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza principal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ No. de seguro social del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Empleador del tomador del seguro: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_ No. de grupo: \_\_\_\_\_

¿Cubre el plan las recetas médicas?  Sí  No (En caso afirmativo, proporcione la información a continuación)

Cobertura de recetas médicas: \_\_\_\_\_

**Secundario**

Aseguradora: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza principal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ No. de seguro social del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Empleador del tomador del seguro: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_ No. de grupo: \_\_\_\_\_

¿Cubre el plan las recetas médicas?  Sí  No (En caso afirmativo, proporcione la información a continuación)

Cobertura de recetas médicas: \_\_\_\_\_

Certifico que la información que he dado hoy es la mejor posible y lo más completa y exacta posible.  
 Notificaré al médico/personal cualquier cambio o adición en visitas posteriores..

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Iniciales del paciente:** \_\_\_\_\_

Nombre del testigo: \_\_\_\_\_ Relación con el testigo: \_\_\_\_\_

**Firma de testigo:** \_\_\_\_\_


**REVISIÓN DE SISTEMAS:**

(Marque cualquier síntoma pasado o actual que tenga)

**Alérgico**
**Inmunológico:**

- Alergias
- Reacción

**Cardiovascular:**

- Arritmias
- Edemas
- Hipertensión
- Marcapasos
- Palpitaciones
- Dificultad para respirar

**Condiciones físicas:**

- Apetito
- Fatiga
- Fiebre
- Letargia
- Malestar
- Escalofríos
- Cambio de peso

**Endocrino:**

- Diabetes - Tipo 1 o Tipo 2
- Desorden de la tiroides
- Sofocos

**Cabeza y Cuello:**

- Visión borrosa
- Visión Doble
- Disfagia
- Dolor de oído
- Glaucoma
- Dificultad para oír
- Ronquera
- Sequedad bucal
- Protuberancias en el cuello
- Otitis
- Producción de esputo
- Acúfenos
- Agudeza visual

**Gastrointestinal:**

- Dolor Abdominal
- Heces con sangre o negras
- Hábitos de defecación
- Estreñimiento
- Diarrea
- Acidez gástrica/dispepsia
- Hemorroides
- Melaena/hemorragia digestiva
- Náuseas
- Dolor/cólicos
- Saciedad
- Vómitos
- Vómitos con sangre

**Genitourinario:**

- Disuria
- Frecuencia
- Protuberancias genitales
- Hematuria
- Incontinencia
- Nocturia
- Función sexual
- Urgencia
- Cambio en el color de la orina
- Flujo o sangrado vaginal
- Manchado vaginal

**Hematológico/linfático:**

- Anemia, sangrado, moretones
- Linfedema

**Tegumentario (Piel):**

- Ampollas
- Moratones
- Piel seca/picazón
- Antecedentes de cáncer de piel
- Lesiones/lunares
- Uñas
- Fotosensibilidad
- Pruitius
- Sarpullido

**Musculoesquelético:**

- Artritis
- Dolor óseo o muscular
- Antecedentes de fracturas
- Dolor en las articulaciones o inflamación articular
- Rango de movimiento limitado

**Neurológicos:**

- Desorientación
- Equilibrio/Mareos
- Marcha
- Dolores de cabeza
- Insomnio
- Pérdida de memoria
- Entumecimiento/hormigueo
- Parálisis
- Convulsiones
- Apoplejía
- Búsqueda de palabras
- Dolor de cabeza/migraña
- Debilidad focal
- Neuropatía
- Deterioro del habla
- Temblores
- Alteración de la conciencia
- Ataque

**Psiquiátrico:**

- Ansiedad
- Delirios
- Depresión
- Antecedentes de enfermedad mental
- Estado de ánimo-euforia

**Respiratorio:**

- Tos
- Tos con sangre
- Hipo
- Utiliza oxígeno
- Sibilancias

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Iniciales del paciente: \_\_\_\_\_


**OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS MÉDICOS**

(Mencione los problemas médicos actuales y pasados que han sido tratados y el médico que lo atendió.)

Enfermedad / Problema médico

---



---



---



---



---



---

**LISTA DE MEDICAMENTOS:**

Nombre del pedido por correo: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ No. de identificación: \_\_\_\_\_

Nombre de la farmacia local: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Por favor, liste todos los medicamentos: Con receta, sin receta, vitaminas o suplementos. Indique la dosis y la frecuencia con que los toma (ejemplo: Flomax 0.4 mg., 1 comprimido al día).

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Iniciales del paciente:** \_\_\_\_\_

**ALERGIAS Y SENSIBILIDADES:**

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

 Sin alergias conocidas

 No se conocen alergias a medicamentos

 Látex

Alergia

Reacción

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

 ¿Alguna vez ha tenido una reacción a la anestesia?  Sí  No


**HISTORIA QUIRÚRGICA:**
 Ninguna cirugía anterior

Procedimiento

Fecha

Quién la llevó a cabo

Procedimiento	Fecha	Quién la llevó a cabo
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Tiene un dispositivo implantado, como un marcapasos?  Sí  No  
 En caso afirmativo, proporcione una copia de la tarjeta de su dispositivo para nuestros registros.

¿Alguna vez le han diagnosticado cáncer?  Sí  No

¿Ha tenido tratamiento de radiación o quimioterapia en el pasado?  Sí  No

**GINECOLÓGICO:**

Períodos abundantes:  Sí  No

Edad de inicio de la menstruación: \_\_\_\_\_ Fecha de la última menstruación: \_\_\_\_\_

No. de Embarazos: \_\_\_\_\_ ¿Abortos / abortos naturales?  Sí  No

Hijos:  Sí  No Si los tiene, ¿cuántos tiene? \_\_\_\_\_

Lactancia:  Sí  No

Fecha del último papanicolao: \_\_\_\_\_ Fecha de la última mamografía: \_\_\_\_\_

Fecha de lo más reciente: \_\_\_\_\_

**HISTORIA MÉDICA FAMILIAR:**

Indique cualquier miembro de la familia con cáncer de mama, ovario, páncreas, próstata, melanoma, colon, riñon o útero, enfermedad de la sangre u otra enfermedad.

	Edad:	Enfermedad:	Si falleció, causa de muerte:
Padre:	_____	_____	_____
Madre:	_____	_____	_____
Abuelos maternos:	_____	_____	_____
Abuelos paternos:	_____	_____	_____

**ESCALA DEL DOLOR:**

¿Siente dolor?  Sí  No

En caso afirmativo, indíquelo en una escala del 1 al 10 (0 = sin dolor, 10 = el peor dolor)

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

## HISTORIA SOCIAL:

### Riesgos laborales:

Cualquier riesgo ocupacional (como ruido o exposiciones químicas)

Sí  No Sí es así, ¿qué: \_\_\_\_\_

### Uso de Tabaco: (Presente y/o pasado)

Nunca fumé

Dejé de fumar ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos años fumó? \_\_\_\_\_ año(s)

Edad de inicio: \_\_\_\_\_ ¿Cuántos paquetes? \_\_\_\_\_ al día

Actualmente fumo  Cigarrillos  Pipa  Cigarros  Cigarrillos electrónicos

¿Cuántos paquetes? \_\_\_\_\_ al día ¿Cuántos años? \_\_\_\_\_

Mástico tabaco  Actualmente  Anteriormente ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

### Consumo de alcohol: (presente y/o pasado)

No bebo

Número de botellas de cerveza \_\_\_\_\_ por  Día  Semana  Mes

Número de botellas de vino \_\_\_\_\_ por  Día  Semana  Mes

Número de botellas de licor \_\_\_\_\_ por  Día  Semana  Mes

### En dónde vive:

Vive solo  Vive con la familia  Vive en un asilo de ancianos

Residente durante el invierno  Residente todo el año

### Historia Nutricional:

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

¿Cómo está su apetito?  Bueno  Moderado  Sin apetito

¿Ha subido o bajado de peso en 1 mes sin querer?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuánto subió o bajó? \_\_\_\_\_

¿Está contento con su peso?  Sí  No

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

¿Está tomando calcio adicional?  Sí  No



# ADMINISTRACIÓN DE LA INFORMACIÓN SOBRE SALUD

## AUTORIZACIÓN PARA LA CESIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA A High Desert Oncology Center Y SUS ASOCIADOS

**POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE**

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ No. de seguro social: \_\_\_\_\_  
(Por favor escriba con letra de molde)

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN QUE DEBE FACILITARSE DE/A:

DE  A

Por la presente autorizo la entrega de información de mi historial médico de/a (Nombre del proveedor):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Estado Código postal

\_\_\_\_\_  
Teléfono Fax

Incluidos los contenidos relativos al abuso de drogas o alcohol, psiquiátricos, notas de psicoterapia y relacionados con el VIH (SIDA) diagnóstico y/o resultados de pruebas. Exclusiones de lo anterior: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN QUE SE ENTREGARÁ DE/A:

DE  A

**VICTORVILLE, CA**  
12998 Hesperia Rd, #204  
Victorville, CA 92395

### TIPO DE REGISTROS:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> TODOS LOS REGISTROS MÉDICOS (solo pertinentes) (limitado a 2 años de información) | <input type="checkbox"/> Notas de psicoterapia solamente             |
| <input type="checkbox"/> Historia y Físico   | <input type="checkbox"/> Informes de radiología (Especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta   | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio                   |
| <input type="checkbox"/> Informe Operativo   | <input type="checkbox"/> Resultados de exámenes hechos anteriormente |
| <input type="checkbox"/> Informe de consulta   | <input type="checkbox"/> Informes de las salas de emergencias        |
|  | <input type="checkbox"/> Otra información (especifique): _____       |

### EL PROPÓSITO O NECESIDAD DE ESTA INFORMACIÓN ES:

(Por favor marque todas las casillas que correspondan)

Médico  Seguro  Legal  Personal  Otro: \_\_\_\_\_

## POR FAVOR, ESCRIBA CLARAMENTE

- Autorizo la divulgación de la información especificada de mis registros médicos.
- Entiendo que la información divulgada conforme a esta autorización podría ser divulgada nuevamente por el destinatario y es posible que ya no esté protegida por las leyes federales de confidencialidad (HIPAA). No obstante, en virtud de la legislación de California, el solicitante no podrá seguir utilizando o divulgando la información médica a menos que obtenga otra autorización de mi parte o a menos que dicho uso o divulgación sea específicamente exigido o permitido por la ley en virtud de las leyes estatales de confidencialidad.
- Tengo derecho a retirar el permiso para la divulgación de mi información. Si firmo esta autorización para usar o divulgar mi información, puedo revocar esa autorización en cualquier momento. La revocación deberá hacerse por escrito y no afectará la información que ya haya sido utilizada o divulgada.
- Estoy firmando esta autorización voluntariamente y el tratamiento, el pago o mi elegibilidad para los beneficios no se verán afectados si no firmo esta autorización.
- Una fotocopia de este comunicado es tan efectiva como el original.
- He recibido una copia de esta autorización.

**FIRMA:**

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Paciente / Representante Legal / Tutor)

### (SECCIÓN ÚNICAMENTE PARA EL MÉDICO) Registros obtenidos en el curso del TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO

El abajo firmante, el médico, psicólogo licenciado o trabajador social con una maestría en trabajo social, por la presente (aprueba) (desaprueba) la divulgación de información y registros. Tenga en cuenta a continuación cualquier restricción sobre la divulgación de registros. (Nota: no se requiere aprobación para entregarse al abogado del paciente).

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Médico / Psicólogo / Trabajador Social)



## AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO Y PAGO DE BENEFICIOS MÉDICOS

### POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Gracias por elegir a High Desert Oncology Center como su proveedor de atención médica. Agradecemos la confianza que ha mostrado con su elección y estamos comprometidos a brindarle la más alta calidad de atención médica. Le pedimos que lea y firme este formulario para reconocer que comprende nuestra autorización para el tratamiento, el pago y las políticas financieras del paciente. Si desea recibir una explicación más detallada de nuestras políticas financieras, solicite una copia.

### AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO Y PAGO DE BENEFICIOS MÉDICOS

Doy permiso a High Desert Oncology Center para proporcionar servicios médicos para diagnóstico y tratamiento. Autorizo la divulgación de la información médica necesaria para procesar cualquier reclamo por los servicios prestados y para que mi compañía de seguros pague directamente a High Desert Oncology Center.

### USO DE LA FOTOGRAFÍA

Acepto que cualquier identificación con foto tomada en el momento de mi cita se considerará parte de mi registro médico y se utilizará únicamente con fines de identificación.

### RECETA MÉDICA ELECTRÓNICA PARA HISTORIAL DE MEDICAMENTOS

Podemos solicitar y utilizar la información de su historial de medicamentos recetados mediante nuestra función de recetas electrónicas. Esto es solo con fines informativos para que un registro actualizado de su medicamento esté disponible para su tratamiento y seguridad.

### AUTORIZACIONES DEL PACIENTE

- Con mi firma a continuación, autorizo a High Desert Oncology Center a divulgar información médica y de otro tipo a las compañías de seguros necesarias y terceros pagadores que requieran el pago o los servicios de salud prestados.
- Con mi firma a continuación, autorizo la asignación de beneficios financieros directamente a High Desert Oncology Center. Entiendo que soy financieramente responsable por los cargos no cubiertos o negados total o parcialmente por mi(s) plan(es) de seguro.

**He leído, comprendo y acepto las disposiciones de este formulario de Autorización para Tratamiento y Pago de Beneficios Médicos.**

Firma del paciente o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN PARA LA CESIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA Y NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

### POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

Para proteger su privacidad, por favor indíquenos cómo quiere que nos pongamos en contacto con usted y a quién podemos facilitar su información médica privada (PHI, por sus siglas en inglés) en su nombre.

No, por favor no hable con nadie sobre la información médica privada. **ADVERTENCIA: si elige esta opción y se enferma y no puede llamar o acudir al consultorio para recibir asistencia, podemos, según nuestro criterio profesional, divulgar la información médica privada necesaria a otro profesional médico para asegurarnos de que reciba la atención médica adecuada.**

Sí, permita la comunicación con:

Nombre	Relación con el paciente	Teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Sobre qué tipo de información médica privada podemos hablar con los miembros de su familia designados y/u otras personas implicadas en su cuidado?  Atención médica  Información sobre facturación y pagos

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo que la autorización anterior permanecerá vigente hasta que la modifique por escrito. Me han dado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de High Desert Oncology Center.

_____	_____	_____
Firma del paciente	Nombre en letra de molde	Fecha
Fecha de nacimiento: _____		

### POLÍTICA DE RENOVACIÓN DE RECETAS MÉDICAS

Todos los proveedores de High Desert Oncology Center (médico, enfermera practicante o asistente médico) participan en envío de las recetas médicas electrónicas directamente a sus farmacias locales y de pedidos por correo. Nuestro objetivo es ayudar a los pacientes con solicitudes de recetas de manera eficiente y oportuna. Para procesar su solicitud lo más rápido posible, consulte los detalles de nuestra política de recetas.

- Los resurtidos de medicamentos recetados requieren una estrecha supervisión por parte de su médico, enfermera practicante o asistente médico para garantizar la continuación segura de la dosis, la frecuencia y el plazo adecuados de ese medicamento. Su proveedor le recetará la cantidad adecuada de resurtidos de recetas para que le dure hasta su próxima cita programada.
- Es responsabilidad del paciente programar su próxima cita con anticipación y con el tiempo adecuado para recibir un resurtido de la receta.
- Mantener actualizada la información de la farmacia es responsabilidad del paciente. Confirme con nuestra práctica que la dirección y el número de teléfono correctos de su farmacia local o la información de la farmacia de pedidos por correo estén archivados. Las solicitudes de resurtido de recetas se enviarán electrónicamente a su farmacia. Su farmacia se comunicará con usted cuando su receta esté lista.
- Las recetas clasificadas como sustancias controladas no se procesan fuera de horario ni los fines de semana.
- Espere entre 48 y 72 horas para procesar las solicitudes de recetas. Los medicamentos que requieren autorización previa pueden requerir tiempo adicional para procesar. Planifique con anticipación los resurtidos durante las vacaciones y cuando viaje.
- Si necesita un resurtido de emergencia, las solicitudes de resurtido de recetas deben enviarse electrónicamente desde la farmacia directamente a la oficina. Si su proveedor lo aprueba, se enviará un resurtido apropiado a su farmacia preferida. Si no se aprueba el resurtido de su receta, comuníquese con el consultorio de su proveedor para programar una cita.


**COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS**

Para su comodidad, la oficina se comunica a través de diferentes medios electrónicos, incluido nuestro portal seguro para pacientes, teléfono y mensajes de texto para recordatorios de citas.

Podemos ponernos en contacto con usted en:

¿Casa?  Sí  No Teléfono \_\_\_\_\_ ¿Trabaja?  Sí  No Teléfono \_\_\_\_\_

¿Teléfono celular?  Sí  No Número \_\_\_\_\_

¿Por correo electrónico?  Sí  No Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

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

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

¿Cualquier información?  Sí  No

Limite la información a lo siguiente: \_\_\_\_\_

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

¿Cualquier información?  Sí  No

Limite la información a lo siguiente: \_\_\_\_\_

Marque a continuación si NO desea que High Desert Oncology Center se comunique con usted en cualquiera de los siguientes métodos de comunicación:

Teléfono celular  Mensaje de texto  Teléfono particular

Correo electrónico seguro  Portal del paciente en línea

¿Está bien dejar un mensaje detallado en su correo de voz?  Sí  No

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Estimado paciente,

Gracias por elegir a High Desert Oncology Center como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a brindarle atención médica de calidad. Hemos desarrollado una política de pago para ayudarlo a comprender su responsabilidad y la de su compañía de seguros (si corresponde). Lea la política y firme en el espacio proporcionado. Se le proporcionará una copia si la solicita. Si tiene preguntas, háganoslo saber.

1. **Seguro.** Su póliza de seguro es un acuerdo entre usted y su compañía de seguros. No somos parte de su contrato. Como cortesía, facturaremos su plan de seguro por usted, si nos brinda información precisa. Comuníquese con su compañía de seguros si tiene alguna pregunta sobre la cobertura.
  - a. Seguros no contratados: si no estamos contratados con su compañía de seguros, tenga en cuenta que sus gastos de bolsillo pueden ser mayores que los previstos originalmente. Le daremos una estimación de sus costos, pero el monto final adeudado será determinado por el reembolso de su compañía de seguros.
2. **Servicios no cubiertos.** Tenga en cuenta que es posible que algunos de los servicios que reciba no estén cubiertos o que Medicare u otras aseguradoras no los consideren razonables o necesarios.
3. **Presentación de reclamaciones.** Presentaremos sus reclamos y lo ayudaremos de cualquier manera que podamos razonablemente para ayudar a que se paguen sus reclamos. Su compañía de seguros puede necesitar que proporcione cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud. Tenga en cuenta que los cargos por los servicios recibidos son su responsabilidad, ya sea que su compañía de seguros pague o no su reclamo.
4. **Prueba de seguro.** Todos los pacientes deben completar un formulario de información del paciente antes de ver al médico. Le pediremos una copia de su(s) tarjeta(s) de seguro actual y válida como prueba de seguro.
5. **Cambios de cobertura.** Si su seguro cambia, notifique a nuestra oficina de inmediato para que podamos realizar los cambios apropiados en su información de facturación. Si no nos proporciona la información correcta del seguro de manera oportuna, será responsable de todos los cargos incurridos.
6. **Copagos.** Todos los copagos deben pagarse en el momento del servicio. Este arreglo es parte de su contrato con su compañía de seguros.
7. **Falta de pago.** Tenga en cuenta que, si no paga su parte de la factura, es posible que remitamos su cuenta a una agencia de cobro y es posible que se le exima de esta práctica.
8. **Formas de pago.** Para su comodidad, High Desert Oncology Center acepta cheques y tarjetas de crédito. Aceptamos Visa, MasterCard, Discover y American Express.
9. **Consejero Financiero.** Tenemos un asesor financiero disponible como recurso para nuestros pacientes.
10. **Aviso de pagos abiertos de California.** La base de datos Open Payments es una herramienta federal que se utiliza para buscar pagos realizados por compañías de medicamentos y dispositivos a médicos y hospitales universitarios. Se puede encontrar en <https://openpaymentsdata.cms.gov>. Solo con fines informativos, aquí se proporciona un enlace a la página web de Pagos Abiertos de los Centros Federales de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). La Ley Federal Sunshine de Pagos a Médicos exige que se ponga a disposición del público información detallada sobre pagos y otros pagos de valor superior a diez dólares (\$10) de fabricantes de medicamentos, dispositivos médicos y productos biológicos a médicos y hospitales universitarios.

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

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o parte responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente