



FAMILY PRACTICE CENTER
ATLANTA

993 Johnson Ferry Rd, NE • Edificio F, Suite 210 • Atlanta, GA 30342

Teléfono: (404) 256-1727 • Fax: (404) 252-3915

www.familypracticecenterpc.com

¡Gracias por elegir Family Practice Center!

Información útil antes de su primera cita:

- Tenga en cuenta que estamos ubicados en 993 Johnson Ferry Rd, NE – asegúrese de agregar el NE cuando obtenga direcciones para nuestra ubicación.
- Asegúrese de que este paquete esté llenado lo más completamente posible.
- Por favor traiga una lista actualizada de sus medicamentos y cualquier registro de vacunación que pueda tener.
- Asegúrese de llegar 15 minutos antes de su cita.
(Necesitamos tiempo para ingresar su información en el sistema antes de que su proveedor pueda verlo)
- Por favor traiga una identificación válida con foto y su tarjeta de seguro.
(Si está utilizando su seguro médico)
- *Los copagos, deducibles, coseguros y todos los demás montos vencen en el momento del servicio.

*Por favor, pida hablar con un miembro de nuestro personal de facturación si no puede hacer Pago en el momento de su visita.

FAMILY PRACTICE CENTER
 FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES NUEVOS , AÑO 2023
 (Por favor imprima)

| | | | |
|---|--|--|---|
| Fecha de hoy: / / | | Fecha de la cita: / / | |
| INFORMACIÓN DEL PACIENTE | | | |
| Apellido del paciente: | Primer nombre: | Segundo: | Fecha de nacimiento: / / |
| | | | Edad: |
| | | | Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> haM <input type="checkbox"/> maH |
| Pronombres preferidos: | | Número de Seguro Social: | Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión libre |
| Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indio Amer. <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano, <input type="checkbox"/> Otros | | Etnicidad: <input type="checkbox"/> No hispano/latino <input type="checkbox"/> hispano/latino <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | |
| Numero de casa: | Numero de celular: | Método de contacto preferido: <input type="checkbox"/> Numero de casa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Numero de celular <input type="checkbox"/> Correo electronico | |
| Dirección: | | Ciudad: | Estado: |
| | | | Código postal: |
| Dirección de correo electrónico: | | | |
| Empleador: | Número de teléfono del empleador/trabajo: | Ocupación (si es estudiante, especifique): | |
| Nombre del cónyuge/pareja: | | Sexo cónyuge/pareja: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro: ____ | |
| INFORMACIÓN FINANCIERA | | | |
| Si eres menor de 18 años, persona responsable de la factura: | Nacimiento: / / | Dirección (si es diferente): | Número de teléfono residencial: () |
| ¿Es esta persona un paciente aquí? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | |
| Empleador: | Número de teléfono del empleador/trabajo: | Ocupación (si es estudiante, especifique): | |
| INFORMACIÓN DEL SEGURO <i>(Por favor, entregue su(s) tarjeta(s) de seguro y tarjeta de identificación / licencia de conducir a la recepcionista)</i> | | | |
| Compañía de seguros primaria: | | | |
| Nombre de los suscriptores: | Número de seguro social de los suscriptores: | Nacimiento: / / | Nº de póliza: |
| | | | Nº de grupo: |
| Relación del paciente con el suscriptor: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro ____ | | | |
| Nombre del seguro secundario: | Nombre del suscriptor/Fecha de nacimiento: | Nº de póliza: | Nº de grupo: |
| Relación del paciente con el suscriptor: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro ____ | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA | | | |
| Nombre del amigo o familiar local para contactar en una emergencia: | Relación con el paciente: | Número de teléfono residencial: () | Número de teléfono celular: () |

COMUNICACIÓN DEL CENTRO DE MEDICINA FAMILIAR

La cita recuerda:

Deseo que se me recuerden las próximas citas a través de:

| | | | |
|---|---|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TELÉFONO DE CASA (llamada) | <input type="checkbox"/> TELÉFONO CELULAR (llamada) | <input type="checkbox"/> CORREO ELECTRÓNICO | <input type="checkbox"/> TEXTO |
|---|---|---|--------------------------------|

Autorización para divulgar información médica:

En el caso de que deba ser contactado por teléfono con respecto a citas, resultados de pruebas, referencias o cualquier otra razón, indique cómo desea ser contactado.

Número de teléfono: _____

¿Desea que Family Practice Center, y todos sus empleados, puedan determinar asuntos financieros o atención médica con cualquier miembro de la familia o contactos de emergencia? Este permiso será válido indefinidamente y deberá ser revocado por escrito. En caso afirmativo, sírvase especificar quién y qué información figura a continuación.

Puede discutir mis asuntos financieros o atención médica con lo siguiente:

| INFORMACIÓN ACEPTABLE PARA DISCUTIR | NOMBRE | RELACIÓN | NÚMERO DE TELÉFONO |
|--|--------|----------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> FINANCIERO <input type="checkbox"/> MÉDICO | | | |

Consentimiento del paciente para el uso y divulgación de información médica protegida:

Con su consentimiento, Family Practice Center, P.C. puede usar y divulgar información médica protegida () sobre usted para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica (TPO). Tiene derecho a revisar nuestro Aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este contrato. Nos reservamos el derecho de revisar nuestro Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. PHI

Con su consentimiento, Family Practice Center, P.C. puede llamar, enviar un correo electrónico o enviar correo a su hogar u oficina y dejar un mensaje sobre cualquier artículo que ayude a la práctica a llevar a cabo nuestro TPO, como recordatorios de citas, artículos de seguro y cualquier llamada relacionada con su atención clínica.

Tiene derecho a solicitar que restrinjamos la forma en que usamos o divulgamos su tratamiento para llevar a cabo el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar las restricciones solicitadas, pero si lo hacemos, estamos obligados por nuestro acuerdo. PHI

Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de su tratamiento para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Este consentimiento puede ser revocado por escrito, excepto en la medida en que ya hayamos realizado divulgaciones en función de su consentimiento previo. PHI

Si se niega a firmar este consentimiento, podemos negarnos a proporcionarle tratamiento.

(Nombre impreso del paciente) (Firma del paciente o tutor legal)

Relación con el paciente, si no es uno mismo

Fecha

VERIFIQUE ENFERMEDADES PASADAS:

| | EDAD | | EDAD | | EDAD |
|------------------------|-------|---------------------|-------|--|-------|
| TDA/TDAH | _____ | Diabetes | _____ | Enfermedades reumatológicas | _____ |
| Anemia | _____ | Depresión | _____ | Convulsiones/epilepsia | _____ |
| Ansiedad | _____ | Enfisema | _____ | Derrame cerebral | _____ |
| Artritis | _____ | Disfunción Eréctil | _____ | Abuso de sustancias (Drogas o alcohol) | _____ |
| Asma / Alergias | _____ | Fibromialgia | _____ | Otros (especifique a continuación): | _____ |
| Fibrilación Auricular | _____ | Ataque al corazón | _____ | _____ | _____ |
| Piedras en la vesícula | _____ | Gota | _____ | _____ | _____ |
| Coágulos | _____ | Enfermedad Hepática | _____ | _____ | _____ |
| Cáncer | _____ | Heartburn/Reflux | _____ | _____ | _____ |
| Colesterol Alto | _____ | Acides/reflujo | _____ | _____ | _____ |
| EPOC | _____ | Liver Enfermedad | _____ | _____ | _____ |

¿Número de embarazos? _____ ¿Número de nacidos vivos? _____ ¿Número de niños vivos? _____ ¿Complicaciones del embarazo? _____

Lesiones graves, enfermedades u hospitalizaciones (Edad): _____

Operaciones:(Edad) _____

Ultimo Papaicolaou/Citología: _____ Papaicolaou/Citología abnormal: (Si | No) Ultima mamografía: _____ Anticonceptivos (tipo): _____

Inmunizaciones: (Fecha) Tétanos _____ HPV _____ Neumonía _____ Culebrilla _____ Hepatitis B _____ Meningitis _____

Medicamentos y dosis recientes (incluyen laxantes, antiácidos, aspirina): _____

Alergias (medicinas, polen, comidas etc.) _____

¿Cuánto tiempo hace ejercicio? _____ ¿Cuáles son tus aficiones? _____

¿Cómo está su sueño? _____ ¿Cómo es su dieta? _____

Alcohol (promedio # de bebidas por día): _____ Uso de drogas recreativas (incluya tipo y edad): _____

¿Alguna vez has fumado? (Si | No) ¿Cuánto tiempo? _____ ¿Cuánto? _____ ¿Trató de dejar de fumar? (Si | No) Fecha de salida: _____

Lugar de nacimiento: _____ Lugares donde has vivido y viajado: _____

Problemas especiales relacionados con las condiciones del hogar o del trabajo: _____

Verifique si alguien en su familia alguna vez ha tenido lo siguiente:

| | Relación | | Relación | | Relación |
|--|----------|---|----------|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | _____ | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | _____ | <input type="checkbox"/> Gota | _____ |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | _____ | <input type="checkbox"/> Migrañas o dolores de cabeza | _____ | <input type="checkbox"/> Asma | _____ |
| <input type="checkbox"/> Anemia | _____ | <input type="checkbox"/> Obesidad | _____ | <input type="checkbox"/> Artritis | _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedades de la tiroides | _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad Mental | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer(tipo) | _____ | <input type="checkbox"/> Colesterol elevado | _____ | <input type="checkbox"/> Alergias | _____ |
| <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico | _____ | <input type="checkbox"/> Desordenes renales | _____ | <input type="checkbox"/> Otros | _____ |

| | Si aún vive | | Si ya Falleció | | | Si aún vive | | Si ya falleció | |
|------------|-------------|-----------------|----------------|-------|------------|-------------|-----------------|----------------|-------|
| | Edad | Estado de salud | Edad | Causa | | Edad | Estado de salud | Edad | Causa |
| Madre | _____ | _____ | _____ | _____ | Hermana(s) | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Padre | _____ | _____ | _____ | _____ | Esposo/a | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Hermano(s) | _____ | _____ | _____ | _____ | Hijo/a | _____ | _____ | _____ | _____ |

Si necesita más espacio, utilice la parte trasera

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES RESP

USTED TIENE DERECHO:

- Ser tratado con respeto, consideración y dignidad siempre.
- Recibir asistencia de manera responsable
- Para recibir información sobre su salud, incluido su diagnóstico, tratamiento, pruebas o procedimientos y alternativas médicas, incluidos los riesgos asociados que pueden estar involucrados en su atención médica.
- Para conocer la identidad y el estado profesional de las personas que le prestan servicios.
- Esperar que sus registros médicos y comunicaciones sean tratados de manera confidencial.
- Rechazar el tratamiento y ser informado de las consecuencias alternativas y probables de su decisión.
- Para expresar una queja al Administrador y / o al Médico.

USTED TIENE UNA RESPONSABILIDAD:

- Para revisar y comprender su cobertura y beneficios de seguro médico.
- Para aprender y comprender el uso adecuado de los servicios y procedimientos de su plan de seguro para obtener cobertura. Esto incluye conocer la política de referencia para su plan, las restricciones de laboratorio y las instalaciones para pacientes ambulatorios cubiertas por su plan, así como los requisitos de copago.
- Llevar siempre su tarjeta de identificación del plan de seguro y estar preparado para mostrarla en cada visita, si se le solicita.
- Los pacientes deberán pagar por todos los servicios prestados si la información del seguro no es proporcionada por el paciente en el momento en que se prestan los servicios o la información proporcionada es inexacta.
- Tratar a todo el personal de la oficina con respeto y cortesía.
- Para cumplir con las citas programadas y notificar a la oficina de inmediato si se retrasará o no podrá asistir a una cita.
- Para pagar todos los cargos por copagos, deducibles, beneficios no cubiertos o servicios en el momento de su visita, a menos que se hayan hecho arreglos previos.
- Hacer preguntas y buscar aclaraciones hasta que comprenda completamente la atención que está recibiendo.
- Seguir los consejos de su proveedor médico y considerar las alternativas y / o posibles consecuencias si se niega a cumplir.
- Proporcionar información honesta y completa a quienes brindan atención médica.
- Para expresar sus opiniones, inquietudes o quejas de manera constructiva y apropiada.

He leído y entiendo la política de la oficina como se indicó anteriormente

(Nombre impreso del paciente)

(Firma del paciente o tutor legal)

Relación con el paciente, si no es uno mismo

Fecha

POLÍTICA FINANCIERA Y TASA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

Nombre del paciente: _____

Estamos comprometidos a satisfacer sus necesidades de atención médica. Nuestro objetivo es mantener su seguro y arreglos financieros lo más simples posible. Para lograr esto de una manera rentable, le pedimos que se adhiera a las siguientes pautas y elija un plan que satisfaga sus necesidades:

1. Es su responsabilidad proporcionarnos su dirección actual, número de teléfono e información del seguro en cada visita. **Inicial** _____
2. Es su responsabilidad confirmar con su compañía de seguros que nuestros médicos participan en su plan de seguro. **Inicial** _____
3. En última instancia, usted es responsable del pago de los servicios que reciba de nuestra oficina en el momento del servicio. Cualquier falta de pago en su totalidad, incluida la falta de pago de copagos / coseguros / deducibles y cheques devueltos, resultará en un **cargo de facturación de \$ 35** además del saldo adeudado. **Inicial** _____
4. Cancelar una cita con menos de 24 horas (un día hábil) de anticipación o no presentarse a una cita (**incluida la llegada más tarde de 15 minutos después de la hora programada de la cita**) resultará en los siguientes cargos: \$ 35 por una visita regular al consultorio, \$ 75 por un examen físico anual y \$ 100 por un ECHO, ultrasonido o sigmoidoscopia flexible. *3 cancelaciones tardías o no presentación en un año pueden resultar en su despido de nuestra práctica.* **Inicial** _____
5. La gran mayoría de las solicitudes de resurtido de recetas requerirán una visita al consultorio. Las llamadas fuera del horario de atención / resurtidos de recetas de emergencia están sujetas a una **tarifa de \$ 55.** **Inicial** _____
6. Nuestra oficina cobra una **tarifa de servicio administrativo (ASF)** de **\$ 8 en cada visita o \$ 65.00 anualmente** para cubrir el costo de ciertos **servicios administrativos que podemos proporcionar que no están cubiertos por su seguro.** Ejemplos de estos servicios son formularios y cartas como los siguientes:
 - a. **Formulario(s) de discapacidad/FMLA/biométrico/de salud**
 - b. **Medicación/Trámite Autorizaciones Previas**
 - c. **Escuela/Deportes Físico(s)/Formulario (s) de campamento(s)**
 - d. **Precertificaciones relacionadas con seguros**
 - e. **Formulario(s) de seguro de vida**
 - f. **Permiso(s) de estacionamiento/minusvalía**
 - g. **Otros formularios misceláneos/cartas redactadas**
 - h. **Reproducción de registros médicos**

❖ **No está obligado a pagar la tarifa de servicio administrativo;** sin embargo, si elige no pagar la tarifa opcional, **se le cobrará por todos los servicios administrativos, según sea necesario.** No se le dará la oportunidad de pagar el en el momento en que solicite cualquier servicio administrativo anterior. Además, si tiene algún elemento administrativo pendiente, no puede cambiar su designación. **Por favor, inicie 1 de las 3 opciones a continuación:**

- Elijo pagar los \$8.00 por visita ASF **Inicial** _____
- Elijo pagar el \$65.00 anual ASF **Inicial** _____
- Elijo **no pagar la ASF.** Entiendo que con esta decisión, **pagaré por los servicios que los necesite** a una tarifa mínima de \$ **120** por **formulario / carta redactada** y **\$ 75** por **autorización previa por medicamento / procedimiento.** **Inicial** _____

Reconozco los términos de la política financiera y la tarifa de servicio administrativo. Entiendo que el incumplimiento de las políticas puede resultar en mi despido de Family Practice Center, PC.

(Nombre impreso del paciente) (Firma del paciente o tutor legal)

Relación con el paciente, si no es uno mismo

Fecha

INFORMACIÓN SOBRE VISITAS DE TELEMEDICINA

- Inicie sesión 10 minutos antes de la hora programada de su cita para solucionar cualquier problema haciendo clic en este enlace: <https://doxy.me/precall-test>
- Si experimenta algún problema, intente reiniciar su computadora / dispositivo o visite: <http://help.doxy.me>
- Si desea pagar esta cita como una opción de pago por cuenta propia y no pasar por su seguro, podemos hacerlo. Comuníquese con nuestro personal de recepción para conocer los precios al 404.256.1727.
- Nuestra tarifa administrativa se aplica a las visitas de telemedicina tal como lo haría para una visita estándar en el consultorio.
- Debe darnos un aviso de 1 día hábil para la cancelación, o se le cobrará una tarifa de cancelación tardía / no presentación de \$ 35 y cualquier tarifa que haya sido prepagada no será reembolsada.
- Si está recibiendo un medicamento de la lista 2, haremos todo lo posible para recetarlos electrónicamente a su farmacia. Si eso no tiene éxito, le pondremos una receta física por correo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TELEMEDICINA

1. Entiendo que mi proveedor de atención médica puede desear que participe en una consulta de telemedicina.
2. Mi proveedor de atención médica me ha explicado cómo se utilizará la tecnología de videoconferencia para afectar dicha consulta no será lo mismo que una visita directa del paciente / proveedor de atención médica, ya que no estaré en la misma habitación que mi proveedor de atención médica.
3. Entiendo que existen riesgos potenciales para esta tecnología, incluidas interrupciones, acceso no autorizado y dificultades técnicas. Entiendo que mi proveedor de atención médica o yo podemos interrumpir la consulta / visita de telemedicina si se considera que las conexiones de videoconferencia no son adecuadas para la situación.
4. Entiendo que mi información de atención médica puede compartirse con otras personas para fines de programación y facturación. Otros también pueden estar presentes durante la consulta además de mi proveedor de atención médica y el proveedor de atención médica que consulta para operar el equipo de video. Todas las personas mencionadas mantendrán la confidencialidad de la información obtenida. Además, entiendo que se me informará de su presencia en la consulta y, por lo tanto, tendré derecho a solicitar lo siguiente: (1) omitir detalles específicos de mi (1) historial médico / examen físico que sean personalmente sensibles para mí; (2) pedir al personal no médico que abandone la sala de examen de telemedicina: y o (3) terminar la consulta en cualquier momento.
5. Me han explicado las alternativas a una consulta de telemedicina, y al elegir participar en una consulta de telemedicina. Entiendo que algunas partes del examen que involucran pruebas físicas pueden ser realizadas por personas en mi ubicación bajo la dirección del proveedor de atención médica que lo consulta.
6. En una consulta de emergencia, entiendo que la responsabilidad del especialista en consultoría de telemedicina es asesorar a mi médico local y que la responsabilidad del especialista concluirá al finalizar la conexión de videoconferencia.
7. Entiendo que la facturación se realizará desde mi médico.
8. He tenido una conversación directa con mi médico, durante la cual tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre este procedimiento. Mis preguntas han sido respondidas y los riesgos, beneficios y cualquier alternativa práctica han sido discutidos conmigo en un idioma que entiendo.

Al firmar este formulario, certifico:

- Que he leído o he leído este formulario y/o me han explicado este formulario.
- Que entiendo completamente su contenido, incluidos los riesgos y beneficios del proceso.
- Que se me ha dado una amplia oportunidad de hacer preguntas y cualquier pregunta ha sido respondida a mi satisfacción.

Firma del paciente o tutor legal

Fecha

Atención a los pacientes: revise los nuevos cambios de facturación y seguro en MyChart

En un espíritu de respeto y transparencia, estamos informando a todos nuestros pacientes sobre esta nueva política de facturación, y queremos estar seguros de que comunicamos la expectativa claramente, por lo que hemos proporcionado detalles muy específicos y algunos ejemplos a continuación.

En Family Practice Center, nos esforzamos por proporcionar un fácil acceso a nuestros proveedores sobresalientes de manera oportuna. Para ayudar a lograr esto, ofrecemos citas de telemedicina, y dejamos espacio en nuestros horarios para acomodar las visitas del mismo día y sin cita previa. También contamos con un gran equipo de operadores en vivo que trabajan duro todos los días para facilitar las citas y las comunicaciones. El uso de la comunicación por correo electrónico y la programación de citas a través de MyChart es otro ejemplo de cómo empoderamos a nuestros pacientes con acceso eficiente a nuestros proveedores.

En los últimos años, el uso de mensajes de MyChart ha aumentado considerablemente a escala nacional. Debido en gran parte a su conveniencia, y estimulados por la pandemia de COVID-19, los mensajes de los pacientes ahora representan una parte considerable de nuestro flujo de trabajo diario. La mayoría de nuestros proveedores reciben docenas de mensajes por día, además de ver y administrar pacientes programados. Históricamente, casi todo el tiempo clínico que lleva manejar estos mensajes ha sido gratuito para usted y no compensado por las compañías de seguros. Sin embargo, a partir del 1 de enero de 2023, puede comenzar a recibir facturas por intercambios de mensajes de MyChart que requieren el tiempo clínico y la experiencia de su proveedor para responder. **Algunos proveedores de seguros pueden cubrir esta tarifa, pero será su responsabilidad consultar con los suyos con anticipación para saberlo con certeza.**

Políticas similares han sido implementadas por muchos sistemas de salud a nivel nacional, incluyendo la Clínica Cleveland, la Universidad de California en San Francisco y Northwestern Medicine.

Es importante saber que no todos los mensajes que envíe a su proveedor serán facturados. **También es muy importante saber que su proveedor puede no sentir que manejar su(s) problema(s) por mensaje es apropiado. En estos casos, podemos ayudar a facilitar una cita para usted.**

Ejemplos de mensajes que **no** se facturarán:

- Mensajes que resultan en una cita con nosotros dentro de los 7 días.
- Hacer una pregunta sobre un problema por el que vio a su proveedor en los últimos 7 días. Esto **NO** incluye preguntar sobre cosas que olvidó mencionar durante su visita o un nuevo problema que ha surgido desde su visita.
- Registrarse como parte de su atención de seguimiento después de un procedimiento.
- Dar una actualización rápida a su proveedor.

Dependiendo de su póliza de seguro, el costo de la mayoría de los mensajes aplicables será de entre \$ 30 y \$ 60. Podría deber cerca de \$ 100 por intercambios de mensajes más complejos que requieran al menos 20 minutos del tiempo de sus proveedores. En algunos casos, el seguro cubrirá los costos por completo y usted no deberá nada.

Algunos ejemplos de mensajes que se pueden facturar son:

- Un nuevo problema o síntoma que requiera evaluación médica, toma de decisiones médicas o derivación
****En casi todos estos casos, recomendamos encarecidamente (e incluso podemos requerir) una cita programada en lugar de un mensaje de MyChart. Debe llamar al 911 en caso de emergencia o ser llevado a un hospital. ****
- Administración de medicamentos, incluidos ajustes de dosis, cambios que realice en su farmacia, resurtidos de emergencia y resurtidos a corto plazo (30 días o menos) cuando deba realizar una visita de seguimiento.
- Control y manejo de enfermedades crónicas
- Brote o cambio en la condición crónica

Queremos que nuestros pacientes confíen en nosotros para estar disponibles para todas sus necesidades de atención médica. MyChart es una gran herramienta de comunicación, y puede continuar esperando respuestas de nosotros **dentro de los tres días hábiles**. Incluso con la conveniencia de MyChart, sin lugar a dudas, la mejor manera de asegurarse de obtener el más alto nivel de atención de la manera más oportuna es programando una cita, ya sea en persona o a través de la telemedicina.

Agradecemos a todos los que nos confían su atención médica. Creemos que esta nueva política nos ayudará a continuar brindando el más alto nivel de atención y servicio que nos distingue. Por favor, háganos saber si tiene alguna pregunta con respecto a esta política. Además, si está interesado en verificar los detalles de esto con su compañía de seguros, los códigos CPT actualmente en uso para esto son 99421, 99422 y 99423.

Firma de acuse de recibo: _____

