



Acuerdo de Financiamiento

Seguro: Praxis Health participa con Medicare, Medicaid y muchos seguros Comerciales y acepta presentar reclamaciones con su seguro primario y secundario como una cortesía para usted. Si bien Praxis puede tener un acuerdo con su plan de seguro, es su responsabilidad verificar si su póliza específica está dentro de la red antes de programar una cita con nuestros proveedores. Si no lo hace, es posible que pague un desembolso mayor por su visita. También es su responsabilidad comprender su cobertura y sus beneficios. Aunque nuestro consultorio puede proporcionarle un costo estimado de nuestros servicios, es la compañía de seguros la que toma la determinación final de elegibilidad, cobertura y saldo total pagadero por usted. Nuestro consultorio intentará cobrar copagos y deducibles en el momento de su cita; cualquier saldo restante vencerá y será pagadero dentro de los 30 días posteriores a la determinación de su responsabilidad por parte de su plan de seguro.

Reclamaciones de Responsabilidad: Si el motivo de su visita está relacionado con una lesión relacionada con el trabajo o un accidente automovilístico, usted es responsable de proporcionar a Praxis Health el número de reclamación, la fecha de la lesión, la compensación laboral o el nombre de la compañía de seguros, la dirección de facturación y/o cualquier otra información necesaria para presentar la reclamación. Si no proporciona esta información en el momento del servicio, puede ser responsable del saldo total de su(s) visita(s). Nuestro centro solo facturará la cobertura de Protección contra Lesiones Personales (PIP) del paciente por accidentes automovilísticos; no facturamos la cobertura de culpabilidad/terceros.

Tabla de Honorarios: La tabla de honorarios de Praxis Health está sujeta a cambios en función de las Unidades de Valor Relativo (UVR) actuales y lo que es habitual en nuestra área de servicio. Nuestros servicios se brindan de forma voluntaria y nuestros honorarios se le proporcionarán a su solicitud. Usted es responsable del pago independientemente de la determinación arbitraria de los honorarios usuales y habituales de cualquier otra compañía. Nuestro centro no acepta la asignación de "precios basados en referencias" para aquellas compañías que no utilizan una red de seguros. Ofrecemos un descuento de pago en efectivo del 20% de nuestra tabla de honorarios estándar para las personas a las que se les factura el saldo debido a una cobertura no contratada, no cubierta o fuera del área cuando los servicios se brindan voluntariamente. Los servicios emergentes prestados por nuestros proveedores de forma voluntaria no recibirán una factura sorpresa de conformidad con ORS 743B.287.

Responsabilidad del Paciente: Cuando el saldo de una cuenta pasa a ser su responsabilidad, el saldo vence al recibir el primer estado de cuenta de Praxis Health y sus afiliados (High Lakes Healthcare, Oak Street Medical, Pendleton Family Medicine, NW Medical Associates y Pacific Medical Group). Es su responsabilidad asegurarse de que Praxis tenga su información de contacto actual en el archivo para garantizar la pronta recepción de su pago y evitar saldos vencidos. Si alguna parte del saldo de la cuenta se vuelve morosa, entonces el saldo de la cuenta puede enviarse a una agencia externa para su cobro. Si necesita establecer un plan de pago, comuníquese con nuestros Asesores de Facturación para Pacientes por correo electrónico a billing@adaugeohealthcare.com o al número gratuito (877) 708-1119.

Cheques Retornados: Se cobrará una tarifa de \$35.00 por cualquier cheque devuelto debido a una suspensión de pago o fondos insuficientes.

No presentarse/Cancelación Tardía: Se puede cobrar una tarifa de \$45.00 por no presentarse a tiempo a su cita o no notificarnos la cancelación 24 horas antes de su cita. Si llega más de 7 minutos tarde a su cita, es posible que se le pida que la re programe.

POLÍTICA DE PAGO EN EFECTIVO

Los pacientes sin seguro médico deben pagar \$150.00 al momento del servicio para ver a un proveedor de atención primaria. Tenga en cuenta que su saldo puede ser superior a los montos indicados anteriormente y se determinará en función de los servicios reales prestados durante su visita al consultorio. Cualquier paciente sin seguro médico que pague en efectivo por una visita al consultorio recibirá un 20% de descuento en su saldo final.

Al firmar a continuación, certifico que he leído y entiendo el Acuerdo de Financiamiento de Praxis Health y la Política de Pago en Efectivo y acepto la responsabilidad financiera por el pago de cualquier tarifa asociada con mi atención.

Firma del Pariente/Tutor _____

Fecha _____



Consentimientos y Reconocimientos

Nombre del Paciente (Legible) _____

Fecha de Nacimiento _____

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO

Solicito a Praxis Medical Group que brinde tratamiento y consulta en relación con la atención médica al paciente mencionado anteriormente, y que puedo rechazar el tratamiento o los servicios en cualquier momento. Entiendo que Praxis Medical Group no garantiza ningún resultado de ningún servicio o tratamiento, ya sea declarado o implícito.

Padres de menores: Entiendo que los pacientes mayores de 15 años pueden buscar y dar su consentimiento para recibir tratamiento sin el consentimiento de los padres (ORS 109.640).

_____ Iniciales

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS DE FORMULARIO (PBM)

Los datos de los Beneficios de los Medicamentos de Formulario se mantienen para los proveedores de seguros de salud por organizaciones conocidas como Administradores de Beneficios de Farmacia (PBM). Los PBM son administradores externos de programas de medicamentos recetados cuyas responsabilidades principales son el procesamiento y el pago de reclamaciones de medicamentos recetados. También desarrollan y mantienen formularios, que son listas de medicamentos dispensables cubiertos por un plan de beneficios de medicamentos en particular.

Es posible que necesitemos acceder a sus datos mantenidos por los PBM para saber qué medicamentos le han recetado en el pasado y saber qué medicamentos cubre su plan de seguro.

Al escribir mis iniciales más abajo, autorizo a Praxis Medical Group a acceder electrónicamente a mis datos de beneficios de farmacia a través de RxHub. Este consentimiento permitirá a Praxis Medical Group:

- Determinar los beneficios de farmacia y los copagos de medicamentos para el plan de salud de un paciente
- Verificar si un medicamento recetado está cubierto (en el formulario) bajo el plan de un paciente
- Mostrar alternativas terapéuticas con rango de preferencia (si está disponible) dentro de una clase de medicamento para medicamentos que no están en el formulario
- Determinar si el plan de salud de un paciente permite recetas electrónicas a Farmacias de Pedido por Correo, y de ser así enviar recetas electrónicas a estas farmacias.
- Descargar una lista de historiales de todos los medicamentos recetados para un paciente por cualquier proveedor

En resumen, solicitamos su permiso para obtener información del formulario e información sobre otras recetas de otros proveedores que utilizan RxHub. Este consentimiento estará vigente hasta que sea revocado por escrito.

_____ Iniciales. Doy permiso para el consentimiento de Historia de recetas

RECONOCIMIENTO DE LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD OFRECIDA

Mi información de salud puede ser creada o revisada por Praxis Medical Group y puede estar en forma de registros escritos o electrónicos o palabras habladas. Mis registros de salud pueden incluir información sobre mi historial médico, estado de salud, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, recetas y tipos similares de información relacionada con la salud.

Entiendo que tengo derecho a recibir y revisar una descripción por escrito de cómo Praxis Medical Group manejará mi información de salud. Esta descripción escrita se conoce como **Aviso de Prácticas de Privacidad**. Este aviso describe los usos y divulgaciones de la información de salud realizados y las prácticas de información seguidas por los empleados, el personal y otro personal de oficina de Praxis Medical Group y mis derechos con respecto a mi información de salud. Puedo obtener una copia del **Aviso de Prácticas de Privacidad** en la recepción o verlo en el sitio web de la clínica.

Entiendo que el **Aviso de Prácticas de Privacidad** puede revisarse periódicamente y que tengo derecho a recibir una copia de cualquier **Aviso de Prácticas de Privacidad** revisado. También entiendo que se publicará una copia o un resumen de la versión más actualizada del **Aviso de Prácticas de Privacidad** vigente de Praxis Medical Group en el área de espera/recepción y en el sitio web de la clínica.

_____ Iniciales. Acepto que he revisado y entiendo la información anterior y que tengo derecho a recibir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Praxis Medical Group. Las copias del Aviso de Prácticas de Privacidad están disponibles en la recepción.

Firma (Paciente/Tutor): _____ Fecha: _____



Comunicaciones Confidenciales al Paciente

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) le otorga el derecho de solicitar que le comuniquemos información financiera y/o médica de manera confidencial por un método particular o en ciertos lugares. Para proteger la privacidad y confidencialidad de su información, complete lo siguiente.

Doy permiso a Praxis Medical Group para dejar mensajes detallados con respecto a:

___ Citas _____ Datos de facturación

----- Información médica limitada, como: resultados normales (los resultados anormales y la información confidencial nunca se dejarán en el correo de voz), recomendaciones genéricas, información sobre medicamentos o estado de derivación o actualizaciones en cualquiera de los siguientes números de teléfono que figuran en el expediente del paciente.

_____ Casa _____ Móvil _____ Trabajo

Y/o con las siguiente(s) persona(s):

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Esta autorización será revocada únicamente con un permiso por escrito. Entiendo que debo enviar una solicitud por escrito a Praxis Medical Group para revocar esta solicitud. Cuando se utilizan servicios de traducción, doy mi consentimiento expreso para que se pueda hacer usando un dispositivo móvil inalámbrico.

Consentimiento para el uso de correo electrónico o mensajes de texto para recordatorios de citas y otras comunicaciones de atención médica: Los pacientes de nuestro centro pueden ser contactados por correo electrónico y/o mensajes de texto para recordarle una cita, para obtener comentarios sobre su experiencia con nuestro equipo de atención médica y para proporcionar recordatorios de salud general/información.

Si en algún momento proporciono una dirección de correo electrónico o dirección para enviar mensajes de texto en la que me puedan contactar, doy mi consentimiento para recibir recordatorios de citas y otra comunicación/información de atención médica en la dirección de correo electrónico o de texto por parte del Centro.

Nombre del Paciente (Legible) _____ Fecha de Nacimiento _____

Firma (Paciente/Guardian) _____ Fecha _____

Fecha de Hoy:

Apellido Legal del Paciente		Primer Nombre		Inicial del Segundo		Nombre Predilecto	
Dirección				Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de Nacimiento	
Ciudad		Estado		Código Postal		Dirección de Correo Electrónico	
Teléfono Principal <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo			Teléfono Secundario <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo			Otro <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	
Nombre del Empleador <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Estudiante				Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> En Pareja <input type="checkbox"/> Viudo			
Nombre del Responsable (Si no es el paciente)			Relación del Paciente con el Responsable <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro		Fecha de Nacimiento del Responsable		
Dirección (si es distinta a la del paciente)					Número del Teléfono <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo		
Información del Seguro							
Compañía de Seguros Primaria				Compañía de Seguros Secundaria			
Dirección				Dirección			
Número de Identificación		Número de Grupo		Número de Identificación		Número de Grupo	
Número de Grupo o Empleador				Número de Grupo o Empleador			
Nombre del Suscriptor (Si no es el paciente)				Nombre del Suscriptor (Si no es el paciente)			
Relación del Suscriptor con el Paciente		Fecha de Nacimiento		Relación del Suscriptor con el Paciente		Fecha de Nacimiento	
Contacto de Emergencia							
Nombre			Número(s) de Teléfono			Relación	

¿Cómo se enteró de nosotros?

- Otro Doctor Búsqueda por Internet Publicidad Compañía de Seguros
 Amigo/Miembro de la Familia Nombre _____ Otro _____

¿Raza? (Informes Federales de Estadísticas y Administración con fines de investigación médica)

- Me rehúso a responder India Americana o Nativa de Alaska Asiática Dos o más razas
 Nativa Hawaiana o Isleña del Pacífico Negra o Afroamericana Blanca

¿Etnia? (Informes Federales de Estadísticas y Administración con fines de investigación médica)

- Me rehúso a responder Hispana o Latina No Hispana o Latina

Lenguaje Predilecto _____ Intérprete Requerido

Nombre y Ubicación de la Farmacia Predilecto _____

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Pareja/Compañero

¿Con quién vive? _____

Orientación sexual (opcional): Heterosexual Bisexual Mismo Sexo Otro

Identidad de Género (opcional): Masculino Femenino Transgénero masculino Transgénero femenino Género no binario

Pronombres Preferidos (opcional): Él/suyo Ella/suya Ellos/suyos

Ocupación Actual: _____

¿Qué tipo de dieta sigue?

- Regular
- Baja en sal
- Libre de gluten
- Vegana
- Vegetariana
- Otra – describir: _____

¿Toma bebidas con cafeína? Sí No

En caso afirmativo, ¿de qué tipo? (Seleccione todas las que apliquen)

- Café
- Té
- Bebidas energéticas/soda
- Otra – describir: _____

¿Cuál selección describe mejor su relación con el

TABACO/NICOTINA?

- Nunca fumador
- Exfumador - ¿Fecha en que lo dejó? _____
- Fumador actual (seleccione todo lo que aplique)
 - Cigarrillos
 - Cigarrillos electrónicos/vaping
 - Puros
 - Pipa
- Anterior tabaco sin humo
- Actual tabaco sin humo

¿Cuál selección describe mejor su relación con el ALCOHOL?

- 2 o menos bebidas alcohólicas por día
- 3 o más bebidas alcohólicas por día
- No bebo alcohol
- Soy un alcohólico en recuperación

¿Usa drogas recreacionales? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué drogas usa?

- Anfetaminas (uppers, speed, mentanfetaminas)
- Benzos (Xanax, Klonopin, Altivan)
- Cocaína
- Heroína
- Otra – describa: _____

¿Consumo marihuana? Sí No

En promedio, ¿cuántos días a la semana realiza actividad física de moderada a extenuante? _____

¿Es sexualmente activo/a? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué tipo de anticonceptivo utiliza?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Dispositivo intrauterino |
| <input type="checkbox"/> Píldoras anticonceptivas | <input type="checkbox"/> Método del ritmo |
| <input type="checkbox"/> Condones | <input type="checkbox"/> Ligadura de trompas |
| <input type="checkbox"/> Anticonceptivo subdérmico | <input type="checkbox"/> Anillo vaginal |
| <input type="checkbox"/> Diafragma | <input type="checkbox"/> Vasectomía |
| <input type="checkbox"/> Inyección (Depo Provera) | <input type="checkbox"/> Coitus interruptus |

En las últimas dos semanas, ¿ha sentido poco interés o placer en hacer las cosas? Sí No

En las últimas dos semanas, ¿ha sentido decaimiento, depresión o desesperanza? Sí No

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

¿Cuáles síntomas ha tenido en las últimas dos semanas? (Seleccione todas las que correspondan)

General:

- Ganancia o pérdida de peso
- Fatiga
- Fiebre/Escalofríos
- Sudores nocturnos
- Inflamación de los ganglios linfáticos
- Caídas frecuentes
- Intolerancia al calor o frío

Cabeza:

- Dolor de cabeza
- Cambios en la visión
- Sangrado por la nariz
- Dificultad para tragar
- Problemas con los oídos

Tórax:

- Dificultad para respirar
- Sibilancias
- Tos
- Roncar
- Problemas al dormir

Pechos:

- Bulto o masa
- Secreción del pezón

Corazón:

- Dolor en el pecho
- Hinchazón de las piernas
- Latido del corazón irregular

Gastrointestinal:

- Nauseas
- Estreñimiento
- Vómitos
- Diarrea
- Heces negras o alquitranadas
- Dolor abdominal
- Acidez/Indigestión

Urinarios:

- Micción frecuente
- Sangre en la orina
- Dolor al orinar
- Incontinencia urinaria
- Incapacidad para orinar

Musculoesquelético:

- Dolor en las articulaciones
- Espasmos musculares
- Inflamación de las articulaciones
- Dolores musculares

Piel

- Cambios en lunares
- Erupción cutánea

Social:

- Depresión
- Ansiedad
- Considerar el suicidio
- Trastornos del sueño
- Autolesión intencional

Sexual:

- Problema con la función sexual
- Prácticas sexuales inseguras

Neurológico:

- Mareos
- Pérdida de la conciencia/desmayos
- Debilidad
- Pérdida de la memoria/atención
- Entumecimiento

- Otro – Por favor describa:

Solo Mujeres	
<input type="checkbox"/>	Secreción vaginal
<input type="checkbox"/>	Dolor pélvico
<input type="checkbox"/>	Periodos irregulares
Fecha del último periodo _____	
¿Número de Embarazo? _____	
¿Número de embarazos llevados a término? _____	