



South Texas RENAL CARE GROUP

www.texaskidneycare.com (210)212-8622

Sr./Sra. _____,

A nombre de cada uno de nuestros Doctores le damos la cordial bienvenida a South Texas Renal Care Group y le damos las gracias por elegirnos.

Su Primera consulta está programada con:

Dr. _____

El Dia: _____.

Estamos incluyendo un paquete de información esencial para el día de su visita, le recomendamos llenar este paquete en casa y lo puede devolver por correo o fax a la mayor brevedad si es posible; Para el día de su cita favor de traer lo siguiente:

- El paquete con su información y formularios completos.
- Sus tarjetas de Seguro médicos actualizadas.
- Identificación con foto.
- Todos sus medicamentos que está tomando actualmente.
- Sus resultados de algún diagnóstico y estudios de laboratorio.

Si por algún motive usted no puede asistir a su cita, favor de llamarnos, es muy importante que nos notifique lo más pronto posible. Esto nos permitirá ayudar y programar la cita para otro paciente.

Estamos dedicados a mejorar las vidas de nuestros pacientes por lo que, si usted tiene alguna pregunta o necesita más ayuda, por favor de llamarnos y con gusto le atenderemos.

Atentamente:

South Texas Renal Care Group

Downtown

215 N San Saba Street, Ste. 301
San Antonio, Texas 78207

Medical Center

8115 Datapoint Dr. Ste. 200
San Antonio, Texas 78229

Hill Country

12011 State Hwy 151, Ste. 201
San Antonio, Texas 78251

Palo Alto

137 Palo Alto Road
San Antonio, Texas 78211

Boerne

1595 South Main Street
Boerne, Texas 78006

Hondo

205 22nd Street
Hondo, Texas 78826

Live Oak

12970 Toepperwein Road Ste. 102
Live Oak, Texas 78233

Lytle

19910 I-35 South, Ste. 102
Lytle, Texas 78052

East Houston

2011 E. Houston St. Ste. 101A
San Antonio, Texas 78202

Eagle Pass

3307 Bob Rogers Dr.
Eagle Pass, Texas 78852

Atascosa

1320 W. Oaklawn Rd., Ste. G.
Pleasanton, Texas 78064



Registración de Paciente

Bienvenidos a nuestra oficina. Nuestra meta es brindarle una experiencia excepcional en todas y cada una de sus citas. Por favor ayúdenos con la siguiente información. Toda la información es confidencial y sólo se puede brindar a otra persona con su consentimiento. Por favor llene los espacios en blanco de cada la línea.

Datos Demográficos del Paciente:				
Nombre del Paciente	Fecha de nacimiento	Sexo	Edad	Raza
Nombre de Seguro Social del Paciente	Número de Identificación o Licencia de Manejo			
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	
Dirección de Correo Postal si es Diferente	Ciudad	Estado	Código Postal	
Número Telefónico de Casa	Trabajo	Celular		
Correo Electrónico:				
Ocupación	Nombre de la Compañía			
Dirección de la Compañía	Ciudad	Estado	Código Postal	
Nombre de su Esposa (o)				
Nombre de su Doctor Primario o Algún otro Doctor				
¿A quién podemos agradecer per Referirlo (a) con nosotros?				
En Caso de Emergencia:				
Nombre	Relación			
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	
Número Telefónico de Casa	Trabajo	Celular		
Paciente mas cercano que no vive con usted				
Número Telefónico de Casa	Trabajo	Celular		
Información Financiera; Persona Responsable de los Honorarios:				
Nombre de Primera Aseguranza	Teléfono			
Número de Póliza	Grupo	Fecha de Vigencia		
¿Es usted la persona principal en su Aseguranza?		Si	No	
Nombre de Suscriptor	Fecha de Nacimiento del Suscriptor	Número de Seguro Social del Suscriptor		
Nombre de Segunda Aseguranza				
Número de Póliza	Grupo	Fecha de Vigencia		
¿Es usted la persona principal en su Aseguranza?		Si	No	
Nombre de Suscriptor	Fecha de Nacimiento del Suscriptor	Número de Seguro Social del Suscriptor		



Consentimiento para el Tratamiento

Yo autorizó y consiento que cualquiera de los siguientes médicos, M. Reza Mizani, M . D ., Varshasb Broumand, M.D., Luis E. Velez M.D., Reza Ali, M.D., Carolina Arias, M.D., Esteban Cedillo-Couvert, M.D., Pavan Devulapally, M.D., Abhijeet Goyal, M.D., Indraneel Mogarala, M.D., Steven Rosenblatt, M.D., Shirin Sharma, M.D., Saqib Syed, M.D., Lauren Tarbox, M.D., Naushad Zafar, M.D., Alison Wurster, FNP, Christine Mitchell, DNP, Kim Davis, NP, ayudantes técnicos y otros proveedores de atención de salud, me realicen estudios, evaluaciones, o tratamiento, incluyendo la administración de medicamentos cuando se considere medicamento necesario para el mejoramiento de mi salud. Así mismo entiendo que cualquier prueba o tratamientos se me serán explicados antes de su procedimiento, como paciente tengo derecho a realizar preguntas referentes al tratamiento para así poder despejar cualquier duda que se me presente.

Firma del Paciente o Persona Responsable

Nombre del Paciente o Responsable en Letra Imprenta

Fecha

Autorización y Asignación de Beneficios

Nombre de Proveedor: M Reza Mizani, MD PA, South Texas Renal Care Group

Autorizo la divulgación de cualquier información medica necesaria para procesar el pago de mi factura médica.

También autorizo pagos bajo los programas de mi aseguranza que se hacen directamente con el nombre del proveedor mencionado anteriormente para cualquiera de los servicios prestados a mi persona.

Esta autorización también permite la divulgación de información por correo (sus intermediarios y transportistas) para hacer llegar las fracturas medicas a la aseguranza correspondiente.

Yo permito imprimir copias de esta autorización para ser utilizadas en lugar de la original.

Firma del Paciente o Persona Responsable

Nombre del Paciente o Responsable en Letra Imprenta

Fecha

Política Financiera

Estamos comprometidos a ofrecerle la mejor atención medica disponible. Nuestro personal estará encantado de discutir nuestros honorarios y esta política con usted en cualquier momento. Su comprensión clara de nuestra política financiera mejorara nuestra relación profesional.

Gracias por su revisión y aceptación de esta política.

- Todos los nuevos pacientes deben completar nuestro paquete de información del paciente antes de ver al médico.
- El pago total por nuestros servicios se pagará en el momento del servicio, salvo que se realice un mutuo acuerdo de formas de pago con nuestro personal de oficina.

- **Seguranza (s)**

Usted es responsable por el pago puntual de su cuenta. El seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos parte de este contrato, ni podemos intervenir en las disputas entre usted y su compañía de seguros en relación con los deducibles, copagos, los cargos cubiertos, seguro secundario, cargos “normales y habituales”, etc. No podemos ser responsables de conocer cada plan y cada pago que se hará. Hay Algunos procedimientos que se realizan en nuestras oficinas que no son procedimientos quirúrgicos, pero nos vemos obligados por las directrices de seguros para informar del procedimiento en virtud de un código seguro de que su compañía de seguros puede clasificar como la cirugía. Si estos procedimientos van hacia su deducible, se le facturaran los cargos. Nuestra participación se limitará al suministro de información objetiva para facilitar el procesamiento de reclamaciones.

- **Para los planes HMO y PPO**

- **Medicare**

Estamos participando con proveedores de Medicare, por lo tanto, aceptamos las asignaciones de pago de sus facturas. También estamos obligados por Medicare en presentar sus reclamos por usted. Así Medicare nos pagara directamente y le proporcionara una copia de su factura mejor conocida como EOB (Explicación de Beneficios) que detalla los subsidios, pagos, y/o negaciones.

- **Terceros (No HMO/PPO) o complementarios (segundas seguranzas)**

No podemos enviar las facturas a las compañías de seguros para la cual no somos proveedores o con las que Medicare no coordina beneficios. Nosotros le proporcionaremos la información que necesita para presentar su reclamo a la seguranza correspondiente ya sea primaria o secundaria.

He leído y comprendido la política financiera de South Texas Renal Care Group.

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre del Paciente o Representante Legal (Letra Imprenta): _____

Autorización para el uso y divulgación, protegiendo la información de salud del paciente (PHI)

Nombre Legal del Paciente	Fecha de Nacimiento	Numero de Seguro Social (Opcional)
Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal

Información que se entregara al solicitante	Nombre de Proveedor que usted autoriza dar información	
Nombre		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal
Esta autorización espirara en la fecha: _____. Si no especifica una fecha de vencimiento esta autorización espirara 12 meses después de la fecha que se firmó.		

Propósito de Divulgación:

___ Atención Medica ___ Legal ___ Seguranza ___ Personal ___ Otra: _____

Descripción de la información que va a ser utilizada o divulgada Comenzando: _____ Terminando: _____

___ Toda la información medica	___ informes de Consulta
___ Informes de su Historial y reportes físicos	___ Resumen Medico
___ Notas de Progreso	Declaraciones la facturación detallada
___ Reporte de los Diagnósticos	Información del Formulario del Paciente
___ Reportes de Laboratorio	Alguna otra especificación: _____
La información de salud protegida (PHI) se enumeran a continuación se dará a conocer cuando se incluye en la información medica anteriormente, a menos que se indique específicamente le contrario.	
Información Psiquiátrica/Mental	Información Genética Sida/VIH
Información de Abuso de Drogas/Alcohol/Otras Sustancias	Otras: _____

Yo entiendo que:

1. Puedo negarme a firma esta autorización que es estrictamente voluntaria.
2. Si no Firmo este formulario, mi cuidado de salud y el pago de mi cuidado de salud no se vera afectado a menos que se indique lo contrario.
3. Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento por escrito y debo presentar la revocación por escrito al proveedor autorizado al entregar la información de salud protegida. Entiendo que si hago revocar esta autorización no se aplicara a la información que ya ha sido puesto en libertad a esta autorización.
4. Si el solicitante o receptor no es un proveedor de plan de salud o de atención de la salud, la información divulgada ya no estará protegida por las regulaciones federales de privacidad y puede ser revelada.
5. Yo entiendo que puedo ver y obtener una copia de la información descrita en este formulario que incluye mis registros médicos, por una cantidad de dinero razonable al momento de solicitar una copia.

He leído lo anterior y autorizo la divulgación de la información medica protegida según lo indicado:		
Firma de Paciente: _____	Fecha: _____	
Firma del Representante del Paciente (si es aplicable):	Relación con el Paciente:	Fecha:

South Texas Renal Care Group

Política de Perdida o Cancelación de Citas del Paciente

Nos esforzamos por ofrecer a nuestros pacientes una atención medica excepcional y hacemos todo lo posible para dar cabida a las necesidades de programación de nuestros pacientes; Así que a continuación le presentamos nuestra política con respeto a perdidas, impuntualidad y cancelación de citas sin previo aviso.

Si un paciente no puede mantener su cita, deben avisar por lo menos veinticuatro horas antes de la cita ya sea por correo electrónico o llamando al (210) 614-7900. Si nuestro personal no contesta su llamada por favor de dejar un mensaje detallado de correo de voz en nuestro contestador automático o con nuestro servicio de contestador y un miembro de nuestro equipo lo devolverá l llamada lo mas pronto posible para reprogramar su cita.

La cancelación de última hora se define como un paciente que no se presenta a la cita sin previo aviso.

Para las citas donde el paciente por cualquier motivo no puede llegar a la hora de su cita, favor de llamarnos y notificarnos que llegara después de la hora programada.

Nos reservamos el derecho a dejar de prestar nuestro servicio a los pacientes que faltan a dos o mas citas, o que cancelen dos o mas citas sin previo aviso de por lo menos de veinticuatro horas antes de la cita programada. También nos reservamos el derecho de prestar nuestro servicio a los pacientes que llegan tarde a tres o mas citas. Esta política se aplica a todos nuestros pacientes, independientemente de su raza, religión, color, sexo, edad, discapacidad, origen nacional, orientación sexual, estructura genética, o cualquier otra base o clase protegida cubierto por las leyes federales, estatales o locales.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Nombre del Paciente o Representante (Letra de Imprenta): _____