



Reconocimiento de la Práctica Política

Alergia, Asma e Inmunología Asociados le da la bienvenida a nuestra oficina. Apreciamos la oportunidad de trabajar con usted. La siguiente información se proporciona para su beneficio, para que podamos servirle mejor. Por favor, lea y firme en la parte inferior. Una copia se le dará a usted para sus archivos.

1. **Pagos.** Todos los honorarios aplicables, deducibles, co-seguro o co-pagos deben ser pagados en el momento de su cita. Aceptamos efectivo, cheques, Visa, MasterCard, o Discover.
2. **Cancelaciones.** Si necesita cancelar su cita, asegúrese de llamarnos al menos 24 horas antes de su cita. De lo contrario, una cuota de \$10.00 se aplicarán.
3. **Hora de la cita.** Pedimos que nuestros pacientes lleguen a tiempo a sus citas. Esto facilitará nuestra capacidad para ver como estaba previsto. En un esfuerzo para servir a todos nuestros pacientes, así, los pacientes que llegan 15 minutos después de su hora de la cita puede ser reprogramada.
4. **Referencias.** Si su póliza requiere una autorización por escrito de su médico de atención primaria (PCP), usted es responsable de su obtención. Vamos a solicitar una autorización por adelantado para los pacientes establecidos. Esto se hace como una cortesía para nuestros pacientes. Sin embargo, no podemos garantizar que la autorización será concedida. Por favor, mantenga en contacto con su médico de atención primaria para garantizar que su visita es pre-aprobado para evitar tener que hacer el pago en su totalidad.
5. **Cambio de la Información.** Por favor, introduzca cualquier cambio en su dirección, número de teléfono o información de seguro tan pronto como sea posible. Cambio de seguro requerirá la realización de un nuevo formulario de información del paciente y no puede ser cambiado a través del teléfono.
6. **Medicamentos solicitud relleno.** Por favor, contacte con su primera farmacia. Que se llame a la oficina para la autorización de recambios.
7. **Después de horas de cuidado.** Si tiene que hablar con un proveedor, por favor marque el número de la oficina principal (210) 616-0882 y deje un mensaje con el servicio de contestador. El proveedor de atención continuada le devolverá la llamada tan pronto como sea posible. En una emergencia de vida o muerte, llame al 9-1-1.
8. **Solicitudes de registros médicos copia.** Solicitud de copias de su expediente de medicamentos debe ser hecha por escrito en un formulario proporcionado por nuestras oficinas. Nuestra oficina le responderá dentro de 15 días hábiles para completar adecuadamente solicitud por escrito. COSTO: De acuerdo con las normas adoptadas por la Junta Estatal de Examinadores Médicos, nuestra oficina encargada de los registros de copia.
9. **Cumplimentación de los formularios.** Nuestra oficina responderá a las solicitudes para la realización de formas de FMLA y la discapacidad desde la recepción de una cuota de \$ 25.00. Por favor, espere cinco días hábiles para su conclusión.
10. **Investigación.** Yo autorizo Alergia, Asma e Inmunología Asociados del Sur de Texas a usar y divulgar mi información protegida de salud a Alergia, Asma Centro de Investigación o cualquier otra organización afiliada con el propósito de la recopilación de información para estudios de investigación.
11. **ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:**

Yo, _____ han recibido o revisado una copia de Alergia, Asma e Inmunología Asociados del Sur de Texas Aviso de prácticas de privacidad.

Yo, el Garante de pago y Responsable, de acuerdo a las políticas anteriores y de acuerdo con los términos de pago y responsabilidades.

Firma del Paciente o Guardián Legal: _____ Fecha: _____