

Tri County Internal Medicine, P.C.
Información del paciente

Fecha de hoy: _____

Apellido(s): _____ Nombre: _____ Inicial de segundo nombre: _____

Nombre preferido (Si es diferente su primer nombre): _____

Dirección: _____ Número de apto: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de facturación/correo (si es diferente a la anterior): _____

Número de teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono del trabajo: _____ Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino

PARTE FINANCIERAMENTE RESPONSABLE (Si el paciente es menor de 18 años o si el paciente es un adulto incapacitado)

Nombre del padre/tutor: _____ Apellido del padre/tutor: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M _____ F _____ Número de teléfono: _____

Dirección de envío: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA (Pariente o amigo con un número de teléfono diferente al tuyo):

Relación al paciente: _____ Nombre: _____ Apellido: _____

Número de teléfono: _____

Estado civil (marque uno): Soltero/a Casado/a Divorciado/a Pareja Viudo/a Legalmente separado/a

Idioma preferido (marque uno): Inglés Español Otro: _____

Raza (marque todas las que correspondan): Indio americano o nativo de Alaska Asiático Afroamericano

Originario de Hawái u otras islas del Pacífico Blanco Prefiero no contestar

Etnicidad (marque uno): Hispano o Latino No Hispano o Latino Prefiero no contestar

Estado de empleo (marque uno): Tiempo completo Tiempo parcial Sin empleo Autónomo Jubilado

Empleador: _____ **Dirección del empleador:** _____

Nivel de educación (marque uno): Menos de la secundaria Graduado de la secundaria Más que la secundaria

INFORMACIÓN DEL SEGURO MEDICO:

Seguro primario: _____ Numero de ID: _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento del asegurado: _____

Relación con el asegurado: _____

Seguro secundario: _____ Numero de ID: _____

Tri County Internal Medicine, P.C.
Solicitud de divulgación de información médica protegida (PHI)

Si desea que su información médica protegida se divulgue a familiares o amigos, debe incluir a esas personas en este formulario. **NO PODEMOS HABLAR CON NADIE SOBRE SU INFORMACIÓN MÉDICA SI NO ESTA INCLUIDO EN ESTE FORMULARIO.** Tiene derecho a revocar este consentimiento, por escrito, excepto cuando ya hayamos realizado divulgaciones basándonos en su consentimiento previo.

***** TENGA EN CUENTA:** Tri County Internal Medicine, P.C. no está obligado a aceptar su solicitud. Consulte nuestro Aviso de prácticas de privacidad para obtener más información sobre dichas solicitudes.

Nombre de paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

¿Podemos llamarlo, enviarle un mensaje de texto o un correo electrónico con información sobre su cita?

Sí

No

¿Podemos dejar un mensaje detallado en su buzón de voz? Sí No

¿Podemos discutir su información médica protegida (como resultados de pruebas, información de recetas, información de citas, información de referencias, diagnósticos médicos, información de facturación, etc.) con alguien además de usted?

Sí

No

Si respondió sí, enumere esas personas a continuación:

Nombre: _____ Relación al paciente: _____ Número de teléfono: _____

¿Podemos dejar un mensaje detallado en su buzón de voz? Sí No

Nombre: _____ Relación al paciente: _____ Número de teléfono: _____

¿Podemos dejar un mensaje detallado en su buzón de voz? Sí No

Nombre: _____ Relación al paciente: _____ Número de teléfono: _____

¿Podemos dejar un mensaje detallado en su buzón de voz? Sí No

Nombre: _____ Relación al paciente: _____ Número de teléfono: _____

¿Podemos dejar un mensaje detallado en su buzón de voz? Sí No

Firma de paciente: _____ **Fecha de hoy:** _____

(o firma del tutor legal si el paciente es menor de edad o un adulto incapacitado)

Tri County Internal Medicine, P.C.
Política financiera (Revisado el 17 de febrero 2025)

Nosotros estamos comprometidos a satisfacer sus necesidades en el cuidado de salud. Nuestra meta es que su seguro y cualquier otro arreglo financiero se mantenga lo más simple posible. Para poder lograr esto en una manera efectiva, por favor siga las siguientes guías:

1. Todas las cantidades adeudadas de **copago, coaseguro y deducible** se deben al momento de servicio como es requerido por su compañía de seguros. Si su compañía de seguros no responde dentro de 60 días, usted será responsable por el saldo restante. Su beneficio del seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Nosotros no somos parte de ese contrato. Por favor ayúdanos a servirles mejor al conocer sus beneficios de seguro. Asegúrese de elegir a uno de nuestros médicos como su doctor de cabecera (PCP) antes de su cita si un PCP es requerido por su plan de seguro médico.
2. **Cheque devuelto.** Nosotros aceptamos efectivo, American Express, Discover, Mastercard, Visa, y cheques personales. Sin embargo, si paga con cheque y su cheque es devuelto por su banco por cualquier razón, nosotros cobramos un cargo de servicio de \$35 al paciente.
3. **Cargo de facturación.** Nosotros cobramos un cargo de servicio de \$10 si falta pagar en el momento de servicio.
4. **Cobro de cuentas impagadas.** Si su cuenta tiene más de 30 días de atraso, recibirá una carta indicando que debe pagar su saldo o llamar y hacer arreglos con nuestro departamento de facturación. Si su cuenta tiene 45 días de atraso, recibirá una segunda carta indicando que tiene otros 15 días para pagar su saldo o se enviará a una agencia de cobranzas. Si su cuenta tiene 60 días de atraso y no responde después de recibir las dos primeras cartas, su cuenta será transferida a una agencia de cobranzas y usted será responsable del saldo adeudado más la tarifa de cobranza del 30%. Deberá pagar el saldo total más la tarifa de cobranza antes de ser atendido nuevamente en nuestra oficina.
5. **Política de cancelación/no presentación.** Requerimos un aviso con 24 horas de anticipación para cancelar citas. Si no avisa con la debida anticipación o si no asiste a su cita, se le cobrará una tarifa de \$25.00 por una cita de 15 minutos (como una cita por enfermedad o una cita de seguimiento, etc.). Si no avisa con la debida anticipación o si no asiste a su cita, se le cobrará una tarifa de \$50.00 por una cita de 30 minutos (como un examen físico anual, examen físico DOT, Cita de incisión y drenaje, cita de eliminación de lunares o verrugas, cita de eliminación de uñas de los pies, etc.).
6. **Tarifas de servicios administrativos.** Si necesita algún formulario completado o alguna carta escrita por nuestra oficina, se le cobrará una tarifa de \$25.00. Esta tarifa debe abonarse al momento de la solicitud.
7. **Servicios de laboratorio.** Nuestro consultorio utiliza los servicios de Lab Corp, Quest, Finan Templeton y otros laboratorios. Si recibe una factura de uno de estos laboratorios, deberá pagarles directamente. Llame al número de teléfono que figura en la factura que reciba de ellos si tiene alguna pregunta.
8. **Reclamaciones relacionadas con accidentes de auto.** Nuestra política es no enviar reclamos a una empresa de terceros (como seguros de automóviles). Cualquier visita al consultorio relacionada con un accidente automovilístico será una transacción de pago por cuenta propia. Le proporcionaremos un recibo detallado para sus registros.
9. **Compensación de trabajadores.** Estaremos encantados de atenderlo por cualquier lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, siempre que estemos en el Panel de Médicos de su empleador. Si no estamos en el panel, o si no desea presentar una reclamación de compensación laboral, entonces cualquier visita al consultorio relacionada con una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo será una transacción de pago por cuenta propia.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:

Autorizo que el pago de los beneficios que de otro modo serían pagaderos a mí se paguen directamente a esta práctica, incluido el seguro médico principal y el pago de beneficios médicos o quirúrgicos, pero sin exceder los cargos por estos servicios. Entiendo que soy responsable financieramente de los cargos no cubiertos por esta asignación. _____ (iniciales aquí)

GARANTÍA DE CUENTA:

Garantizo el pago de todos los cargos por los servicios prestados por Tri County Internal Medicine. Si el saldo pendiente no se paga y se transfiere a una agencia de cobro externa, comprendo que seré responsable del saldo pendiente más una tarifa de cobro del 30%. _____ (iniciales aquí)

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

FIRMA DE PACIENTE: _____ FECHA DE HOY: _____
(o firma del Tutor Legal si el paciente es menor de edad o es un adulto incapacitado)

Nombre de la persona que da el consentimiento (si no es el paciente): _____

Relación al paciente: _____

Tri County Internal Medicine
Política de prescripción (Revisado el 17 de febrero del 2025)

- **Tenga en cuenta cuando tenga un suministro bajo de medicamentos y recuerde que se necesitan entre 24 y 72 horas hábiles para procesar una solicitud de resurtido de medicamentos.**
- Necesita una cita de seguimiento con uno de nuestros proveedores al menos cada 3 a 6 meses para resurtir sus medicamentos diarios o de mantenimiento. Estas visitas suelen incluir análisis de laboratorio.
- Si ya ha pasado el tiempo debido para que realice una cita de seguimiento con análisis de laboratorio, entonces le enviaremos un resurtido de 30 días si es un medicamento diario o de mantenimiento, siempre que no sea un medicamento controlado. Sin embargo, deberá programar una cita de seguimiento con análisis de laboratorios dentro de ese período de 30 días para recibir resurtidos adicionales.
- Necesita una visita de seguimiento con uno de nuestros **médicos** para renovar sus recetas de medicamentos controlados.
- **Tenga en cuenta que los antibióticos (u otros medicamentos de corto plazo) pueden requerir una visita al consultorio antes de que un proveedor pueda recetarlos, y es posible que **no** se envíen a su farmacia si lo solicita.**
- Si su medicamento necesita una autorización especial, espere al menos entre 3-5 días hábiles para que comience el proceso. Algunas autorizaciones pueden demorar hasta 14 días para que se dé la determinación inicial.

Como solicitar un resurtido de medicamento:

- **Por favor llame a su farmacia para realizar una solicitud de resurtido de medicamento. Esto ayudará a agilizar su solicitud. Su farmacia notificará a nuestra oficina sobre su solicitud.**
- Si necesita ponerse en contacto con nuestra oficina, por favor:
 - a. Envíe una solicitud de recarga a través de su portal (Healow) [Este es el método de contacto preferido], o
 - b. Llame a nuestra oficina y siga estos pasos:
 - Llame al 770-945-1990 y seleccione la opción 9 para español; luego, seleccione la opción 5
 - Por favor deje un mensaje detallado con la siguiente información: Su nombre, su fecha de nacimiento el nombre y la dosis del medicamento, el nombre y teléfono de su farmacia, el mejor teléfono para devolverle la llamada
 - Por favor, deje sólo un mensaje o puede aumentar el tiempo de respuesta.
 - Por favor, espere entre 24 y 72 horas hábiles para que nuestro personal procese su solicitud.

Comuníquese con su farmacia si desea verificar el estado de su solicitud de resurtido de medicamento. Ya no lo llamaremos para informarle que su medicamento fue enviado a la farmacia. Su farmacia le informará si se surtió el medicamento o si necesita programar una cita de seguimiento con nuestra oficina antes de que se pueda volver a surtir.

He leído y comprendido la política de prescripción de Tri County Internal Medicine.

Firma del paciente: _____ **Fecha de hoy:** _____

Imprima su nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Tri County Internal Medicine
Política de referencias (Revisado el 17 de febrero del 2025)

Nuestra práctica a menudo refiere a los pacientes a instalaciones externas para ver a especialistas o recibir servicios de radiología e imágenes. Si uno de nuestros proveedores lo refiere a un especialista o solicita un estudio de radiología o imágenes, no necesariamente recibirá información sobre esta cita externa el mismo día.

Nuestros proveedores pueden referirle a consultar con un especialista. Espere de 7 a 10 días hábiles para que nuestro departamento de referencias coordine esta referencia al especialista.

Nuestros proveedores pueden solicitarle que se realice una prueba de radiología/imágenes. Para pruebas de radiología/imágenes, generalmente recibirá más información de nuestro consultorio dentro de los 7 a 10 días hábiles posteriores a que nuestros proveedores soliciten la prueba.

Si tiene una cita con un especialista y este requiere una referencia a través de su plan de seguro, infórmenos al menos una semana antes de su cita para que podamos coordinar la referencia. Algunos planes que requieren una referencia a través de su seguro son los planes HMO (por ejemplo, Blue Cross Blue Shield HMO, Tricare Prime, United Healthcare Navigate, etc.).

Aunque hacemos todo lo posible para asegurarnos de referirlo a un proveedor dentro de la red, por favor verifique con el consultorio del especialista o el centro de radiología con anticipación para asegurarse de que acepten su seguro.

Si no ha recibido llamada del consultorio del especialista o del centro de radiología después de dos semanas, llame a ese consultorio/centro de radiología directamente para preguntar sobre su cita.

Puede encontrar información sobre su referencia a un especialista o sobre su prueba de radiología/imágenes en el portal del paciente (en una computadora) o en la aplicación Healow (en un teléfono inteligente).

También puede enviarnos un mensaje a través del portal o la aplicación Healow si tiene alguna pregunta sobre su referencia a un especialista o sobre su prueba de radiología / imágenes. Si no tiene una cuenta en el portal, puede llamar a nuestro departamento de referencias al 770-575-8441.

He leído y comprendido la política de referencias de Tri County Internal Medicine.

Firma del paciente: _____ **Fecha de hoy:** _____

Imprima su nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Tri County Internal Medicine, P.C.

Nombre de paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

(iniciales aqui)

Tengo acceso a (o he recibido una copia de) el “Aviso de prácticas de privacidad” de Tri County Internal Medicine. El Aviso está disponible en nuestro sitio web, o puede solicitar una copia en la recepción.

(iniciales aqui)

He recibido una copia de las “Políticas, procedimientos, y expectativas de la oficina” de Tri County Internal Medicine. Las políticas están incluidas en el paquete para que usted conserve una copia.

Firma de paciente: _____ **Fecha:** _____
(o firma del tutor legal si el paciente es menor de edad o un adulto incapacitado)

Tri County Internal Medicine, P.C.
Política, procedimientos, y expectativas de la oficina (Revisado el 17 de febrero del 2025)

Gracias por elegir Tri County Internal Medicine, P.C. para sus necesidades de atención médica. Nuestros proveedores y nuestro personal trabajarán con usted como parte de su equipo de atención médica para garantizar que se mantenga lo más saludable posible. Trabajaremos juntos para garantizar que cualquier condición crónica que tenga esté bien controlada para que pueda mantener una buena calidad de vida.

Para lograr estos objetivos, existen ciertas expectativas que su proveedor de atención médica y también usted, el paciente, deben cumplir.

- Programe sus citas según lo recomendado por su proveedor o uno de los miembros de nuestro personal. Es importante tener estas citas para que podamos realizar análisis de laboratorio periódicos para controlar no solo sus condiciones de salud sino también sus medicamentos recetados. La frecuencia de estas visitas es el estándar de atención que recomiendan tanto su proveedor de atención médica como su compañía de seguros. Si estos estándares no se cumplen dentro de lo razonable, nos veremos obligados a evaluar su relación con nuestro consultorio.
- Por favor trate a nuestro personal con dignidad y respeto en todo momento. Por favor respete el derecho de nuestro personal a realizar su trabajo sin abuso físico o verbal ni discriminación de ningún tipo. Reservamos el derecho de responder de manera adecuada para abordar el comportamiento abusivo, incluida la expulsión de pacientes de nuestro consultorio.
- Por favor llegue 15 minutos antes de su cita si es un paciente establecido.
- Favor de traer todos los medicamentos que está tomando a cada visita. Necesitamos tener la información más precisa y actualizada en su expediente para propósitos de tratamiento. Por favor consulte la Política de Prescripción para información sobre la solicitud de resurtidos de medicamento.
- Favor de traer la más reciente tarjeta de seguro médico a cada visita. Nuestro personal verificara que usted tiene cobertura activa, sin embargo, debido a la gran cantidad de planes disponibles, no podemos verificar que exactamente cubre su plan específico. Comuníquese directamente con su compañía de seguros si tiene preguntas específicas sobre la cobertura y los beneficios de su plan.
- Nuestros proveedores pueden referirlo para que consulte a un especialista. Por favor 7 a 10 días hábiles para que nuestro departamento de referencias coordine esta referencia con su plan de seguro. Consulte nuestra Política de referencias para obtener más información.
- Mientras usted es bienvenido a venir sin cita (“walk-in”), nosotros recomendamos que programe cita cuando sea posible para minimizar el tiempo de espera. No siempre podemos atender a pacientes sin cita debido al alto volumen de pacientes. Si viene sin cita, le informaremos si tenemos un proveedor disponible para atenderlo o no.
- Nuestros proveedores de salud ofrecen servicios preventivos para adultos tal como los exámenes físicos, exámenes de Papanicolaou, y visitas anuales de bienestar de Medicare. Por favor llame con anticipación para programar estas citas porque son visitas más extensivas. No es posible acudir sin cita previa a una de estas visitas.
- Nosotros tratamos heridas de compensación de trabajadores (Worker’s Compensation) con aprobación de su empleador. Por favor verifique con su empleador para asegurar de que somos parte del Panel de Médicos de que puede utilizar.

- Favor de llamar con 24 horas de anticipación para cancelar o reprogramar una cita. Si no nos avisa con anticipación, o si falta a su cita sin cancelar, se le cobrara una tarifa de \$25.00 por una cita de 15 minutos (como una cita de enfermedad o una cita de seguimiento), y se le cobrara una tarifa de \$50.00 por faltar a cualquier cita de 30 minutos (como un examen físico anual, examen físico DOT, incisión y drenaje, eliminación de lunares/verrugas, eliminación de uñas de los pies).
- Nosotros somos una instalación de enseñanza y por lo tanto podríamos tener médicos residentes, estudiantes de medicina, estudiantes de enfermero facultativo, o estudiantes de medico asociado acompañando a los proveedores de salud. Favor de informarle a nuestro personal si usted no está comfortable con un estudiante participando en su cuidado.
- Nuestra oficina participa en el Programa de Monitoreo de Medicamentos Recetados (PDMP, por sus siglas en inglés), que es obligatorio por la Legislatura de Georgia. Por favor tenga en cuenta que le cobraremos una tarifa de \$5.00 en el momento de la visita si necesitamos acceder a este sistema para recetar o renovar un medicamento controlado.
- Utilizamos principalmente el portal de pacientes para comunicarnos con nuestros pacientes. Descargue la aplicación Healow o visite nuestro sitio web <https://tricountymedicine.com/> para iniciar sesión en el portal.
- Consulte nuestro sitio web para obtener información actualizada sobre nuestros horarios y nuestros proveedores. Tenga en cuenta que utilizamos los servicios de profesionales de enfermería practicante (Nurse Practitioners) y asociados médicos (Physician Assistants).
- Tenemos dos ubicaciones en la misma calle. Nuestra oficina principal se encuentra en 4720 Nelson Brogdon Blvd, Sugar Hill, GA 30518. Nuestra otra oficina se encuentra dentro de una suite en el edificio del banco Synovus ubicado en 4465 Nelson Brogdon Blvd, Suite 104, Buford, GA 30518. Asegúrese de verificar la ubicación de su cita al programarla.

Nuestro personal está aquí para asistirle con sus necesidades de atención médica y nosotros nos esforzamos para satisfacer las necesidades de nuestros pacientes.