

**PHOENIX MEDICAL GROUP, P.C.**  
**ACUERDO DE CONSENTIMIENTO DEL**  
**PACIENTE**



**Consentimiento para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica**

Doy mi consentimiento para el uso o divulgación de mi información de salud protegida por Phoenix Medical Group, PC y todas las entidades operadas y propiedad de Phoenix Medical Group, PC con el fin de diagnosticar o proporcionar tratamiento, evaluar mi tratamiento a través de investigación, obtener pago por mi facturas de cuidado médico de laboratorio, referir mi cuidado a especialistas externos cuando sea necesario, o para llevar a cabo operaciones de asistencia médica incluyendo la participación de mi proveedor de la red. Intercambio de Información de Salud estatal (HIE). Yo entiendo que los diagnósticos o mi tratamiento por Phoenix Medical Group, PC podrán depender de mi consentimiento como lo demuestra mi firma en este documento. Entiendo que tengo el derecho de solicitar una restricción en cuanto a cómo es usada o revelada mi información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, pago o operaciones de salud de la práctica. Sin embargo si Phoenix Medical Group, PC esta de acuerdo con una restricción que la restricción es obligatoria para la práctica y el personal.

Tengo el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que Phoenix Medical Group, PC haya tomado acciones en dependencia a este consentimiento.

Mi "información médica protegida" (PHI) es la información de salud, incluyendo mi información demográfica, recopilada de mí y creada o recibida por mi dentista, otro profesional de la salud, un seguro médico, mi empleador o un centro de atención médica. Esta información de salud protegida se refiere a mi salud física o mental o afección pasada, presente o futura y me identifica o presenta una base razonable para creer que la información pueda identificarme.

Entiendo que tengo el derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad de Phoenix Medical Group, PC me ha sido proporcionado. El Aviso de prácticas de privacidad describe los tipos de uso y divulgación de mi información de salud protegida que ocurrirán en mi tratamiento, el pago de mis cuentas o en el desempeño de las operaciones de atención dental de Phoenix Medical Group. El Aviso de Privacidad para Phoenix Medical Group también se puede encontrar en la sala de espera de la oficina. Este Aviso de Prácticas de Privacidad de Phoenix Medical Group, PC también incluye y describe mis derechos y las obligaciones de Phoenix Medical Group, PC con respect a mi información de salud protegida.

Por la Regla de Privacidad HIPAA, mi firma en este formulario de consentimiento autorizo el uso de mi información personal de salud entre Phoenix Medical Group y todas las demás prácticas, para la continuación de mi cuidado.

Si el paciente ha rubricado en esta línea, el paciente está **rechazando** la liberación de información de salud mental, incluyendo, pero no limitado a: deterioro mental psicológica, psiquiátrica u otro (s) (excluye "notas de psicoterapia" tal como se define en 45 CFR 164.501), drogas abuso, alcoholismo o abuso de otras sustancias, anemia de células falciformes, y registros que pueden indicar la presencia de una enfermedad contagiosa o venérea que puede incluir, pero no se limitan a enfermedades como la hepatitis, sífilis, gonorrea y la prueba o los resultados VIH / SIDA.

Phoenix Medical Group, PC se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad descritas en el Aviso de Prácticas de Privacidad. Puedo obtener un aviso corregido de las prácticas de privacidad mediante la solicitud de una copia corregida se me envíe por correo o solicitando una en el momento de mi próxima cita.

Firma del Paciente o Representante Personal

Fecha

Autoridad del Representante Personal

Testigo

Fecha

**PHOENIX MEDICAL GROUP, P.C.**  
POLÍTICA FINANCIERA



- Todos los pacientes deben proporcionar información personal y seguros precisos al ser visto por Phoenix Medical Group (en adelante denominado "Práctica")
- El pago se requiere en el momento del servicio y puede ser en forma de efectivo, cheque o tarjeta de crédito.
- Oficina puede divulgar la totalidad o parte de los registros médicos ó financieros de un paciente (incluyendo la información relacionada con el alcohol y el abuso de fármacos, diagnóstico y tratamiento de la salud mental, relacionada con el VIH u otra información relacionada con las enfermedades transmisibles) a terceros para obtener el pago por los servicios prestados.
- Con mucho gusto presentar una demanda de cortesía con su compañía de seguros de salud. Es su responsabilidad de cumplir con los requisitos de pre-determinación o la notificación de su plan de seguro. Muchos de los servicios prestados pueden ser cubiertos y pagados por su compañía de seguros. Por desgracia, las compañías de seguros no pagan por todos los servicios que el proveedor considere conveniente.
- En todos los casos requerimos del guardian, la persona que es responsable financieramente, para ser personalmente responsable de todos los saldos.
- Creemos que las tarifas que cobran honorarios para ser razonables y habituales. Si su compañía de seguros utiliza un programa de tarifas diferentes, usted puede ser responsable por cualquier saldo restante.
- La práctica puede cobrar tarifas razonables para los servicios relacionados con su cuenta, incluyendo, pero no limitado a, los cargos por cheques devueltos, intereses de cuentas pendientes de pago, y los médicos ejemplares originales.
- Las personas que no se presentan a su cita programada o no den al menos 24 horas de aviso de cancelación pueden estar sujetos a \$ 75 si no se presenta tarifa. En el tercer no show, nuestra relación profesional puede ser terminada.
- Si es necesario reenviar un saldo de la cuenta a una agencia de colección, el guardian, la persona que es responsable financieramente, será responsable de los gastos de recaudación razonables.
- Usted es responsable de informar a la práctica de cualquier cambio en la información demográfica, incluyendo el número de teléfono, dirección, y la cobertura de seguro de salud.
- Podemos recoger un depósito sobre los cargos en los que incurra hoy hacia su equilibrio (por ejemplo, copago, deducible, paga uno mismo) y se factura por el saldo restante. Todas las facturas se deben a la recepción.
- Las leyes federales requieren que sometemos cada reclamación a una compañía de seguros e informar con exactitud los servicios exactos realizados y la razón exacta para la realización de ellos. No se nos permite cambiar la información sólo para que la compañía de seguros puede pagar una reclamación.

He leído y entendido la política financiera y estoy de acuerdo con él. Soy paciente, el padre de un niño menor de edad, o del representante legal del paciente y estoy autorizado a actuar en nombre del paciente y firmar este acuerdo.

Paciente Primera Ultima Nombre Impreso      Testigo

Firma

Relación con el paciente

Fecha

PHOENIX MEDICAL GROUP, P.C.  
POLÍTICA FINANCIERA



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Inicio Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nuestro objetivo es proporcionar atención médica de calidad en el momento oportuno.

Si es necesario cancelar su cita programada, es necesario que usted llame al menos 24 horas de antelación. Para cancelar o reprogramar una cita, llame al 623-815-7800.

Cancelaciones fuera de plazo serán consideradas como "no-show". "Si no se presenta" molestias a las personas que necesitan acceso a la atención médica de manera oportuna. Cualquier "no-show" estará sujeto a una tarifa de \$ 75.00.

He leído y entendido la Cancelación / Política de No Arribo.

Firma del paciente X \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Inicial**

X \_\_\_\_\_ Doy \_\_\_\_\_ permiso para que me acompañe en la sala de examen durante la visita al médico.

X \_\_\_\_\_ Doy permiso para llamar a \_\_\_\_\_ Inicio \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Movil

X \_\_\_\_\_ Doy permiso para ponerse en contacto conmigo con respecto a las oportunidades de investigación \_\_\_\_\_ teléfono \_\_\_\_\_ correo electrónico

X \_\_\_\_\_ Doy permiso para dejar un mensaje en mi \_\_\_\_\_ Inicio \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ célula

X \_\_\_\_\_ mensaje puede incluir \_\_\_\_\_ Prueba normal Resultados \_\_\_\_\_ Todos los resultados de la prueba

X \_\_\_\_\_ Doy permiso para hablar con \_\_\_\_\_ Phoenix Medical Group con respecto a mi \_\_\_\_\_ Resultados de los exámenes \_\_\_\_\_ problemas de facturación

X \_\_\_\_\_ Doy permiso para tener resultados normales enviados por correo a mi dirección de su casa.

Firma de Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**PHOENIX MEDICAL GROUP, P.C.**  
CÓDIGO DE CONDUCTA DEL  
PACIENTE



En Phoenix Medical siempre nos esforzamos por brindar la mejor y oportuna atención a nuestros pacientes. Para brindar la mejor y oportuna atención a todos nuestros pacientes, pedimos su comprensión y cooperación en los siguientes asuntos:

1. Si necesita una nueva referencia, le pediremos que programe una cita. Para fines de necesidad médica, las referencias deben estar documentadas en su registro médico. Si su referencia es urgente y su proveedor no tiene vacantes disponibles, lo acomodaremos con otro proveedor que pueda ayudarlo en ese asunto en particular.
2. Cuando programe citas, informe a nuestro equipo de programación el motivo de su visita. El seguimiento de las visitas a la sala de emergencias, los cuidados de urgencia y las hospitalizaciones llevan más tiempo.
3. Nuestra población de pacientes incluye varios miembros de la misma familia. Es una ocurrencia común que durante la visita de un paciente, él / ella solicite algo para el miembro de su familia que también es nuestro paciente. Si tiene una solicitud de este tipo, le pedimos que llame y hable con su asistente médico o programe una cita.
4. Si necesita que se complete cualquier tipo de formulario (FMLA, MVD, carta del médico, formularios de VA, etc.), espere de 10 a 14 días para completarlos.

**Las circunstancias desafortunadas que pueden resultar en la finalización de la relación médico-paciente pueden incluir:**

- No cumplimiento con el tratamiento recomendado por el proveedor.
- Falta de pago, o ser coherente con nuestra política de pago
- Comportamiento amenazador o abusivo dirigido al personal de la oficina, médicos o pacientes
- Incumplimiento constante de las citas. Nuestro objetivo es proporcionar la mejor atención posible y la mejor disponibilidad médica para cada paciente. Usted tiene la responsabilidad de cumplir con las citas y ser puntual.
- El paciente decide abandonar la práctica.

El código de conducta también se aplica a los chaperones y cuidadores que pueden llevar al paciente a la oficina para sus citas.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

**PHOENIX MEDICAL GROUP, P.C.**  
NOTIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS



Estimado paciente;

Phoenix Medical Group no proporciona el manejo continuo de dolor crónico mediante el uso de opioides u otras sustancias controladas. Los pacientes que necesiten estos servicios serán referidos al proveedor de atención médica apropiado.

Debido a que los opiáceos causan dependencia física cuando se toman con regularidad, es posible que experimente síntomas de abstinencia cuando disminuya o deje de tomar los medicamentos. Es posible que proporcionemos medicamentos que no sean opiáceos para minimizar los síntomas de abstinencia. Por favor siga las instrucciones proporcionadas para disminuir los medicamentos. No proporcionamos medicamentos opiáceos para cerrar las brechas en el cuidado o si ha sido liberado de un centro de manejo del dolor.

Nuestra meta en Phoenix Medical Group es proporcionar el mejor cuidado a nuestros pacientes.

He leído y entiendo la notificación de la medicación arriba. Soy el paciente, el padre de un niño menor de edad, o el representante legalmente autorizado del paciente y estoy autorizado a actuar en nombre del paciente y firmar este acuerdo.

\_\_\_\_\_  
Nombre y apellido del paciente (impreso)

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**PHOENIX MEDICAL GROUP, P.C.**  
NOTIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS



Su nombre y firma en esta hoja indican que se le ha dado la oportunidad de revisar y solicitar una copia del Aviso de prácticas de privacidad (notificación) de Phoenix Medical Group en la fecha indicada. Si usted tiene alguna pregunta acerca de la información en el Aviso de prácticas de privacidad del Grupo Médico de Phoenix, por favor no dude en ponerse en contacto con un representante de la clínica o el Oficial de Privacidad del Paciente Phoenix Medical Group, como se indica en la Notificación.

Acuso recibo y he leído y entendido el Aviso de prácticas de privacidad con respecto a la participación de mi proveedor de la red, el intercambio de información en todo el estado de salud (HIE), o previamente he recibido esta información y la decadenia otra copia.

Nombre del paciente (Impreso): \_\_\_\_\_

Si representante de los pacientes, Nombre (Impreso): \_\_\_\_\_

Relación con el paciente (Impreso): \_\_\_\_\_

Cuenta # o registro médico #: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha recibida: \_\_\_\_\_