

CENTRAL FLORIDA PRIMARY CARE

Pedro L. Ortega, MD

Yedy Hernandez, ARNP

Iveth Mastrapa, ARNP

Jannette Troche, AG-ACNP-BC

Edgar Peralta-Lee, ARNP

Fecha: _____

Estimado Nuevo Paciente:

De parte de Central Florida Primary Care y todos nuestros empleados, nos gustaría darle la bienvenida a nuestra práctica. Nos gustaría tomar el tiempo para agradecerle por elegirnos para proporcionar todas sus necesidades de cuidado médico primaria. Para su conveniencia, nuestras horas de oficina son de **lunes a jueves, de 7:30 a. m. a 6:00 p. m. Cerrado los viernes.**

Si experimenta un problema médico después de horas, llámenos primero al **(407) 478-0028**. Estamos de guardia 24/7. El acceso telefónico emergente que no amenaza la vida se maneja inmediatamente. Si usted considera su emergencia como algo grave debe llamar al 911.

Como parte de la atención médica preventiva que practicamos, todos los nuevos miembros reciben un examen físico. Después de esta visita inicial, lo veremos de manera regular, la frecuencia con la que será visto dependerá de sus necesidades individuales.

Se incluyen con esta carta algunas reglas de la oficina con respecto a las hospitalizaciones, referidos, autorizaciones, recargas de las prescripciones, etc. Por favor familiaricese con estas políticas y traiga una copia firmada con usted en su primera visita ó tendremos una copia para que usted firme en ese momento.

Esperamos ofrecerle servicios médicos de calidad de la manera más cortés y eficiente posible.

Si tiene alguna pregunta, no dude en llamarnos.

Sinceramente,

Central Florida Primary Care

CENTRAL FLORIDA PRIMARY CARE

Pedro L. Ortega, MD

Yedy Hernandez, ARNP

Iveth Mastrapa, ARNP

Jannette Troche, AG-ACNP-BC

Edgar Peralta-Lee, ARNP

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

NUESTRO DEBER LEGAL

Estamos obligados a mantener la privacidad de su información de salud protegida y proporcionarle este Aviso de Prácticas de Privacidad y cumplir con sus términos. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y aplicar prácticas de privacidad revisadas a la información de salud protegida. Este aviso entrará en vigor el 21 de abril de 2015 y estará vigente hasta que lo reemplacemos. Usted puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, o para obtener copias adicionales de este aviso, comuníquese con nosotros en Central Florida Primary Care, 3727 N. Goldenrod Rd., Suite 106 Winter Park, FL 32792 Teléfono: (407) 478-0028 Fax: (321) 203-4720.

USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN MÉDICA

Utilizamos y divulgamos información médica sobre usted para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Esta oficina puede usar y divulgar información médica y financiera relacionada con su cuidado que pueda ser necesaria ahora o en el futuro para facilitar el pago por parte de terceros por los servicios prestados por nosotros, o ayudar con, ayudar o facilitar la recopilación de datos para Fines de evaluación de la utilización, garantía de calidad o evaluación de resultados médicos. Tal información puede ser divulgada a compañías de seguros, HMOs y PPOs, organizaciones de cuidado administrado, IPAs, CMS, u otros pagadores gubernamentales o de terceros, o cualquier organización que contrate con cualquiera de las entidades mencionadas anteriormente para llevar a cabo tales. Copias de su información médica pueden ser entregadas a cualquier otro médico que sea directa o indirectamente responsable de su atención médica. Podemos usar o revelar su información médica para notificar a un miembro de la familia u otra persona responsable de su cuidado basado en nuestro juicio profesional y las circunstancias. Podemos usar su información médica para comunicarnos con usted para proporcionar recordatorios de citas y para tratar de llamarle para notificarle que los resultados de las pruebas de laboratorio están disponibles. Podemos usar su nombre y su ubicación en los directorios de nuestras instalaciones. Podemos usar o divulgar su información médica para propósitos que involucran asuntos y actividades de salud pública y seguridad, muerte, ciertas solicitudes de su empleador, personal y programas gubernamentales, donación de órganos, procedimientos judiciales y administrativos, aplicación de la ley, abuso, negligencia o violencia doméstica, y compensación laboral.

DERECHOS INDIVIDUALES

Esta oficina no usará o revelará ninguna de su información médica y financiera para ningún propósito no mencionado arriba sin su autorización específica. Usted puede revocar su autorización en cualquier momento. Usted puede solicitar restricciones sobre ciertos usos y revelaciones. Esta oficina no está obligada a aceptar una restricción solicitada.

Usted puede tener el derecho de recibir comunicaciones confidenciales de su información médica protegida. Usted tiene el derecho de inspeccionar, copiar y enmendar su información médica protegida. También puede solicitar una contabilidad de las revelaciones de su información de salud protegida de esta oficina. Cargaremos una tarifa basada en el costo para la copia de los registros y para el franqueo.

PREGUNTAS Y RECLAMACIONES

Usted puede registrar una queja con esta oficina si sospecha que sus derechos de privacidad han sido violados. Investigaremos la queja y le informaremos de los hallazgos. No habrá represalias contra usted por parte de esta oficina en caso que usted registre una queja. También puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

X

Firma del Paciente o Tutor Legal

Fecha

CENTRAL FLORIDA PRIMARY CARE

Pedro L. Ortega, MD

Yedy Hernandez, ARNP

Iveth Mastrapa, ARNP

Jannette Troche, AG-ACNP-BC

Edgar Peralta-Lee, ARNP

CONSENTIMIENTO PARA USAR O DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SALUD

Nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar información de salud protegida ("PHI") sobre usted. Usted tiene el derecho de revisar nuestro aviso antes de firmar este formulario. Su firma abajo reconoce que ha recibido una copia de nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad. Según lo dispuesto en nuestro Aviso, los términos de nuestro Aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro Aviso, usted puede obtener una copia revisada poniéndose en contacto con una de nuestras oficinas. Usted tiene el derecho de solicitar que restrinjamos cómo la PHI sobre usted es usada o revelada para tratamiento, pago o operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, estamos obligados por nuestro acuerdo.

Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de la PHI sobre usted para el tratamiento, pago y operaciones de salud como se describe en nuestro Aviso. Estas revelaciones pueden ser por teléfono, correo, fax o transmisión electrónica. **A menos que indique lo contrario por escrito, si permite que un tercero que no sea uno de los médicos o personal de la práctica esté en la sala de examen mientras uno de nuestros médicos o personal lo está examinando o discutiendo su cuidado, tratamiento o condición médica con usted, al firmar este Formulario de Consentimiento usted está consintiendo a la divulgación de su PHI a ese tercero.**

Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, excepto cuando ya hemos hecho revelaciones basándonos en su consentimiento previo. Si usted se niega a firmar este consentimiento o revoca este consentimiento, Central Florida Primary Care puede rechazar el tratamiento o proporcionar tratamiento adicional a partir del momento de la revocación, excepto en la medida en que el tratamiento sea requerido por la ley.

Estoy dando mi consentimiento a la divulgación de mi información médica protegida ("PHI") a las siguientes personas:

Nombre:	Relación:

He leído y entiendo la información en este reconocimiento. Soy el paciente o estoy autorizado a actuar en nombre del paciente para firmar este documento. Al firmar a continuación, reconoceré y aceptaré las condiciones anteriores.

X

Firma del Paciente o Tutor Legal

Fecha

CENTRAL FLORIDA PRIMARY CARE

Pedro L. Ortega, MD

Yedy Hernandez, ARNP

Iveth Mastrapa, ARNP

Jannette Troche, AG-ACNP-BC

Edgar Peralta-Lee, ARNP

POLÍTICA FINANCIERA

SEGURO: Aceptamos la mayoría de los seguros y las asignaciones de Medicare y Medicaid. No estamos contratados con compañías de compensación del trabajador (workers compensation). Por favor llame a su compañía de seguros para asegurar si se cubrirá la consulta. Los pacientes son responsables de copagos, coaseguros o deducibles en el momento de la visita.

SERVICIOS DE LABORATORIO: Tenemos la capacidad de colectar la sangre en nuestro laboratorio interno el **costo por servicio es \$20** para pacientes con seguro y un precio que se determinará para pacientes sin seguro que se determinará de acuerdo a los laboratorios ordenados. También enviamos a nuestros pacientes a los laboratorios contratados con sus compañías de seguros. **Las compañías de seguros cambian sus contratos con los laboratorios todo el tiempo, por lo que es responsabilidad de cada paciente saber qué laboratorios acepta su seguro.** Esto nos ayudará a enviar al laboratorio correcto. Trabajamos muy diligentemente para asegurarnos de que se envían al laboratorio correcto. **Si por alguna razón se niega un laboratorio para el pago, no es responsabilidad del médico o la práctica de pagar esta factura.** Todas las facturas de laboratorio son responsabilidad del paciente. ***Si decide ir a otro laboratorio, que no es pagado por su seguro, usted será responsable por el pago.***

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE: Como política de esta práctica se establece que; como cortesía a nuestros pacientes, presentamos reclamos a sus compañías de seguros como una manera de ayudarles a garantizar que los pagos son enviados por los servicios que se han prestado. No somos responsables por reclamaciones que no se archivan en un asunto puntual por motivos tales como (información incorrecta del seguro; números de ID incorrecto o si se provee dirección incorrecta a donde enviar las reclamaciones). En última instancia, es la responsabilidad del paciente pagar por los servicios que recibe. El paciente es responsable de pagar los saldos de deducibles, coaseguro o cualquier saldo debido, o un cambio en la cantidad de copago dentro de 30 días después de que el seguro paga su reclamo.

PAGOS: Todos los copagos, deducibles o co-aseguro, que están determinados por las compañías de seguros del paciente, **deben ser pagados en el momento que se prestan los servicios.** Si el paciente decide pagar de su bolsillo en efectivo **se requiere pago completo** de todos los servicios. A veces se hacen excepciones con el fin de ayudar a un paciente debido a dificultades financieras. Estamos dedicados a ayudar a los pacientes a obtener la atención médica que necesitan. Pagos hechos con tarjetas de crédito se le adicionará un cargo del 4% (convenience fee).

DOCUMENTOS: Si un paciente necesita un formulario para llenar, como una forma FMLA, cartas, documentos, etc... Se aplicará un cargo mínimo de **\$35.00**. Se puede tomar hasta 3-5 días laborales para dar tiempo suficiente a los proveedores para revisión de expediente del paciente y completar el documento. Nuestro personal llamará al paciente cuando el formulario está listo para ser recogido o enviado por fax, y para cobrar el pago. En algunos casos puede costar más de \$35.00 de acuerdo al documento.

CENTRAL FLORIDA PRIMARY CARE

Pedro L. Ortega, MD

Yedy Hernandez, ARNP

Iveth Mastrapa, ARNP

Jannette Troche, AG-ACNP-BC

Edgar Peralta-Lee, ARNP

LA POLÍTICA DE “No Show”: TODO paciente firmará este acuerdo al momento en que comienza a formar parte de la práctica. **Un cargo de \$45 que se aplicará a la cuenta del paciente automáticamente si el paciente no se presenta o no llama a cancelar su cita con 48 horas de anticipación.**

PROCESO DE COLECCIÓN: Trabajamos diligentemente para resolver todas las reclamaciones con las compañías de seguros del paciente. Enviamos estados o facturas cada mes a cada paciente con un balance adeudado. Esto se hace cada mes con una carta de colección adjunta con el Segundo y tercer estado de cuenta. Al final de los 60 días, llamamos a cada paciente para recordarles que su balance por los servicios prestados no se ha pagado a esa fecha y está vencido. Tratamos de obtener el pago de estas cuentas. Si el pago no se recibe en el tiempo asignado, la cuenta del paciente será transferida a nuestras colecciones internas y se colocará en Estado Inactivo. Cuando se han agotado todos los esfuerzos, y después de darle una última oportunidad al paciente para pagar su saldo, expulsamos al paciente de la práctica. Por 30 días podremos proporcionar servicios de emergencia y solo podrá realizar pagos en EFECTIVO dentro de los próximos 30 días de haber sido expulsado de la práctica, luego deberá hacer arreglos para tener servicios médicos en otros lugares. Una tarifa de 35% se añadirá al paciente todos los saldos cuando se transfieran a una agencia externa de colección y se convertirá en responsabilidad del paciente pagar por los mismos. En ese momento el paciente será expulsado de nuestra práctica.

POLÍTICA DE REEMBOLSO: Todos los reembolsos a las compañías de seguros y los pacientes se realizan al final de cada mes siempre y cuando no haya ninguna reclamación pendiente. No hacemos ningún reembolso de cualquier pago hecho por un paciente uno mismo-pagar que está en proceso de obtención de seguro. El paciente tiene las opciones para programar su cita y esperar a que su seguro sea activo.

He leído y entiendo toda la información provista. Soy el paciente o la persona legalmente autorizada por el paciente para firmar este documento. Al firmar este documento estoy de acuerdo y reconozco todas las reglas y condiciones aquí descritas.

Firma del Tutor Legal o Paciente:	Fecha:
Firma del Testigo:	Fecha:

CENTRAL FLORIDA PRIMARY CARE

Pedro L. Ortega, MD

Yedy Hernandez, ARNP

Iveth Mastrapa, ARNP

Edgar Peralta-Lee, ARNP

Jannette Troche, AG-ACNP-BC



AUTHORIZATION TO OBTAIN OR RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION

Patient Name: _____ DOB: _____ SSN: _____ - _____ - _____

I, _____ hereby authorize Central Florida Primary Care to:

Release records to: Obtain records from:

Name of Facility/Doctor: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____ Phone: _____ Fax: _____

For the purpose of:

Continuity of treatment Personal records Transfer in/out Other: _____

Items to be released or obtained: (Please mark all that apply)

<input type="checkbox"/> Complete Records	<input type="checkbox"/> Diagnostic test results	<input type="checkbox"/> Lab results
<input type="checkbox"/> Pathology/Cytology results	<input type="checkbox"/> Radiology reports	<input type="checkbox"/> Consult/Progress notes
<input type="checkbox"/> ER/Hospital notes	<input type="checkbox"/> Clinical/Discharge reports	<input type="checkbox"/> Office notes
<input type="checkbox"/> Other (specify): _____		

I understand that this consent is revocable upon written notice to the facility, except to the extent that actions by the facility have been taken in reliance on this authorization, and that this consent shall remain in force for a period of 365 days from the date it was signed, in order to effect the purpose for which it is given.

Alcohol and drug abuse information, if present, has been disclosed from records whose confidentiality is protected by Federal Law. Federal regulations (42 CFR, Part II) prohibits making further disclosure of any protected health information without the specific written consent of the undersigned or as otherwise permitted by such regulations.

I hereby authorize Central Florida Primary Care to: obtain/release the information specified above to the organization or individual named on this request. I understand that such may include information regarding the following conditions: Drug Abuse or Alcoholism, HIV/AIDS and Sexually Transmitted Disease Testing, Sickle Cell Anemia, and/or Psychiatric, Psychological or Psychotherapeutic notes.

X _____

Signature of Patient or Legal Guardian

Date

Please send requested records to:

3727 North Goldenrod Road, Suite 106, Winter Park, FL 32792 Phone: (407) 478-0028 Fax: (321) 203-4720

6150 MetroWest Boulevard, Suite 205, Orlando, FL 32835 Phone: (407) 781-0088 Fax: (407) 781-0087

12554 South John Young Parkway, Suite 105, Orlando, FL 32837 Phone: (407) 559-3800 Fax: (407) 559-3801