

YASMIN MALDONADO-STITT, MD

BIENVENIDO

Bienvenido a la práctica de Yasmin Maldonado-Stitt, MD.

Como paciente nuevo, le reservamos tiempo adicional para que la Dra. Maldonado pueda realizar una evaluación completa, hacer preguntas, y completar un examen. Si no puede llegar a su cita, requerimos al menos DOS DÍAS HÁBILES COMPLETOS DE AVISO. Tenga en cuenta que estamos cerrados los viernes, por lo que el aviso el jueves de una cancelación del lunes no se considera aviso completo. Si no se presenta a su primera cita, no podremos reprogramarlo debido a nuestro alto volumen de pacientes que necesitan espacios para citas.

Es posible que no siempre hagamos llamadas de cortesía para recordarle su cita, así que marque su calendario.

Puede encontrar más información sobre nuestra práctica, el Aviso de Prácticas de Privacidad, el Aviso de No Discriminación, y el acceso a nuestro Portal del paciente en nuestro sitio web en: www.ashlandrheum.com

Yasmin Maldonado-Stitt, MD

Ph: 541-535-5523

Fax: 541-535-5368

www.ashlandrheum.com

YASMIN MALDONADO-STITT, MD

**Reumatología
420 Williamson Way
Ashland, OR. 97520
541-535-5523**

FECHA Y HORA DE LA CITA:

¡Bienvenido a nuestra práctica! Hemos programado una cita para usted, en la fecha y hora indicadas anteriormente.

- Complete y traiga los formularios adjuntos (o envíelos por correo antes de su cita).
- No tratamos enfermedades o lesiones que surjan de reclamos de accidentes automovilísticos o compensación laboral.
- Además, recuerde traer una identificación válida, su(s) tarjeta(s) de seguro, la tarjeta de recetas y la lista de medicamentos.
- Por favor traiga su papeleo COMPLETO con usted, o no podremos verlo en ese momento y necesitaremos reprogramar su cita.
- Somos una oficina sin narcóticos. Esto significa que no recetamos narcóticos.
- No hacemos evaluaciones de discapacidad ni llenamos formularios de discapacidad, ni nos comunicamos con abogados. Sin embargo, nuestras notas estarán disponibles si las necesita.

Nuestro horario de oficina es de lunes a jueves en el horario de 9:00 a 12:00 y de 13:00 a 20:00, cerrado los viernes.

Sinceramente,
Yasmin, Maldonado-Stitt, MD

Cumplimos con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Nuestra documentación está disponible en español. Por favor, llámenos al 541-535-5523. Hablamos español.

www.ashlandrheum.com

HISTORIA MÉDICA

Fecha: ____ / ____ / ____

Información del Paciente

Nombre: _____

Fecha de
nacamiento:

DD

MM

YY

Historia Médica

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Diabetes | ☐ Infarto cardiaco | ☐ SIDA |
| ☐ Colesterol alto | ☐ Soplo cardíaco | ☐ Hepatitis |
| ☐ Alta presión
sanguínea | ☐ Angina (dolor de pecho) | ☐ Fiebre reumática |

Otros Problemas Medicos

Cirugías (escribe nombre y fecha aproximada):

Alergias

Alergia y reacción:

HÁBITOS

TOBACO ☐ Soy un/a fumador/a ☐ No soy fumador/a

Paquetes por día: ____ Años: ____ Año que renunció ____

Alcohol ☐ Corrientemente bebo alcohol ☐ No bebo alcohol

Cantidad promedio de bebidas por semana: ____

Cafeína ☐ Corrientemente consumo cafeína ☐ No consumo cafeína

Cantidad promedio de cafeína por semana: ____

Drogas Recreativas ☐ Corrientemente uso drogas ☐ No uso drogas

Qué drogas y con qué frecuencia:

Fecha ____ / ____ / ____

Nombre: _____

Nombre y ubicación de la farmacia:

Medicamentos

Cuanto miligramos

Con qué frecuencia

OTROS INVOLUCRADOS EN SU CUIDADO

Información del Paciente

Nombre: _____

Fecha de
nacimiento:

DD

MM

YY

Otros Involucrados en su Cuidado

Esta autorización sirve para divulgar información médica a otras personas que usted desee involucrar en su atención y que NO sean sus proveedores de servicios médicos. Al firmar este formulario, usted autoriza a la Dra. Yasmin Maldonado-Stitt a divulgar información médica, así como datos sobre citas y facturación, a las personas y entidades que se enumeran a continuación.

Ejemplos: esposo/a, cuidador, centro de atención, familia, amigos, servicios de transporte, etc.

Esta autorización permanecerá vigente hasta que el paciente la revoque por escrito.

Nombre	Número de teléfono	Relación

Nombre _____ Fecha _____

Firma _____

Staff only:

Initial and date if this is updating a prior Others Involved in Healthcare form

____ / _____

YASMIN MALDONADO-STITT, MD

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO Y ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Yo, _____ autorizo a la Dra. Maldonado-Stitt ya su personal médico a administrar el tratamiento que se considere necesario para mi beneficio. También autorizo el uso de cualquier anestésico y/o medicamento, con la excepción de

_____ (alergia u otra razón). Reconozco que no se ha hecho ninguna garantía o seguridad a los resultados que se pueden obtener.

También entiendo que es mi responsabilidad completar todas las pruebas (es decir, análisis de sangre, radiografías, resonancias magnéticas, tomografías computarizadas, etc.) que necesariamente prescribe la Dra. Maldonado-Stitt. Si no completo la prueba por cualquier motivo, libero al Dr. Maldonado-Stitt de toda responsabilidad.

Entiendo que es mi responsabilidad (el paciente) verificar con mi compañía de seguros de salud que los servicios que me brinda la oficina del Dr. Maldonado-Stitt están cubiertos y autorizados por mi compañía de seguros. Entiendo que también es mi responsabilidad tener una remisión en el lugar, si es requerido por mi compañía de seguros de salud. Esto es para incluir cualquier derivación necesaria para ver a cualquier otro médico que la Dra. Maldonado-Stitt pueda considerar necesario que yo vea para ayudarme con cualquiera de mis problemas médicos. Entiendo que también es mi responsabilidad verificar con mi compañía de seguros de salud que estoy cubierto/a para las pruebas (como las mencionadas en el párrafo anterior) que puede ordenar la Dra. Maldonado-Stitt.

Acepto la responsabilidad financiera por todos los cargos que no pague mi compañía de seguros de salud. Entiendo que habrá un cargo por financiamiento del 1.5 % por mes (tasa de porcentaje anual del 18 %) que se aplicará a los balances impagados después de 90 días. Acepto la responsabilidad financiera por todos los cargos que no pague mi compañía de seguros de salud. Entiendo que cualquier copago y deducible se pagará en el momento del servicio.

Por la presente certifico que he leído, entiendo completamente y estoy de acuerdo con esta Autorización para Tratamiento Médico y Acuerdo de Responsabilidad Financiera.

Nombre _____

Firma de la persona responsable _____

Fecha _____

Relación con el paciente _____

La información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo que mis beneficios de seguro sean pagados directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier balances. También autorizo a Yasmin Maldonado-Stitt, MD o la compañía de seguros a divulgar cualquier información requerida para procesar mis reclamos.

YASMIN MALDONADO-STITT, MD

RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

Entiendo que Yasmin Maldonado-Stitt, MD (referida a continuación como “Esta práctica”) usará y divulgará información sobre mi salud.

Entiendo que mi información de salud puede incluir información tanto creada como recibida por la práctica, puede estar en forma de registros escritos o electrónicos o palabras habladas, y puede incluir información sobre mi historia médica, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, recetas y tipos similares de información relacionada con la salud.

Entiendo y acepto que esta práctica puede usar y divulgar mi información de salud para:

- Tomar decisiones y planificar mi atención y tratamiento;
- Referirme, consultar, coordinar y administrar junto con otros proveedores de atención médica para mi atención y tratamiento;
- Determinar mi elegibilidad de mi seguro de salud, enviar facturas, reclamos y otra información relacionada a las compañías de seguros (u otros que puedan ser responsables de pagar parte o la totalidad de mi atención médica); y
- Realizar diversas funciones comerciales y administrativas de la oficina que apoyen los esfuerzos de mi médico para brindarme, coordinar y recibir un reembolso por atención médica económica y de calidad.

También entiendo que tengo derecho a recibir y revisar una descripción escrita de cómo esta práctica manejará la información médica sobre mí. Esta descripción escrita se conoce como Aviso de Prácticas de Privacidad y describe los usos y divulgaciones de información de salud realizadas y las prácticas de información seguidas por los empleados, el personal y otro personal de oficina de Esta Práctica, y mis derechos con respecto a mi información de salud.

Entiendo que el Aviso de prácticas de privacidad puede revisarse periódicamente y que tengo derecho a recibir una copia de cualquier Aviso de prácticas de privacidad revisado. También entiendo que se publicará una copia o un resumen de la versión más actualizada del Aviso de prácticas de privacidad de esta práctica en el área de espera/recepción.

Entiendo que tengo derecho a solicitar que parte o la totalidad de mi información de salud no se use o divulgue de la manera descrita en el Aviso de Prácticas de Privacidad, y entiendo que esta Práctica no está obligada por ley a aceptar tales solicitudes.

Al firmar a continuación, acepto que he revisado y entiendo la información anterior y que leeré la copia del Aviso de Prácticas de Privacidad en la oficina.

Nombre _____

Firma de la persona responsable _____

Fecha _____

Relación con el paciente _____

YASMIN MALDONADO-STITT, MD

POLÍTICA DE CANCELACIÓN

Tenga la seguridad de que valoramos su tiempo y esperamos que usted valore el nuestro. Hacemos todos los esfuerzos razonables para permanecer en horario durante todo el día, mientras seguimos comprometidos a brindarle a cada paciente la más alta calidad de atención.

- Si necesita reprogramar una cita, estaremos encantados de atenderle, pero le pedimos que nos avise con al menos DOS DÍAS HÁBILES COMPLETOS de antelación.
- Tenga en cuenta que estamos cerrados los viernes: una cancelación el viernes para una cita del lunes no es un aviso suficiente.
- Cobramos una tarifa de \$50.00 por una cita no cancelada dentro de los DOS DÍAS HÁBILES COMPLETOS de la hora de la cita. Después de la segunda cita perdida sin el aviso apropiado, no reprogramaremos una cita para usted.

Es posible que no hagamos llamadas de confirmación antes de su cita. Por favor marque sus calendarios en consecuencia.

Por la presente reconozco que recibí de la Política de Cancelación de la Dra. Maldonado-Stitt

Nombre _____

Firma de la persona responsable _____

Fecha _____

Relación con el paciente _____

YASMIN MALDONADO-STITT, MD

DIRECCIONES

Viniendo del norte

Tome la I-5 sur hasta la salida 19 de Ashland. Gire a la derecha en la señal de alto y siga hasta OR-99/S Pacific Hwy. Gire a la izquierda en OR-99/S Pacific Hwy. Siga hacia Ashland durante 1,6 millas. Gire a la izquierda en Hersey St. (justo después del restaurante Big Al's). Siga por Hersey St. durante 0,8 millas (a través de 3 señales de alto). Una cuadra después de la tercera señal de alto, gire a la derecha en Williamson Way. La fisioterapia del condado de Jackson está en la esquina. Estamos al lado del fisioterapeuta en 420 Williamson Way.

Viniendo del Sur

Tome la I-5 norte hasta la salida Ashland 14 para OR-66. Gire a la derecha en OR-66/Ashland St. Gire a la izquierda en E Main St. Siga durante 2.3 millas. Gire a la derecha en N. Mountain Ave. y siga durante 0.5 millas. Gire a la izquierda en E. Hersey St. (al pie de la colina). Gire a la izquierda en Williamson Way. La fisioterapia del condado de Jackson está en la esquina. Estamos al lado del fisioterapeuta en 420 Williamson Way.

Por su conveniencia ahora aceptamos
MasterCard, Visa y Discover

Su copago, si es aplicable, es debido al momento del servicio.

Gracias por su cooperación,

Yasmin Maldonado-Stitt, MD

RELEASE OF INFORMATION

Name: _____

Date of Birth:

DD

MM

YY

By signing this form, I authorize (name and address of physician/clinic/entity)

☐ Yasmin Maldonado-Stitt, MD

☐ Other: _____

to release confidential health information about me, by releasing a copy of my medical records, to the physician/clinic/entity below (name, address, and fax number)

The health information that relates to the dates of service from _____ to _____ may be released and may include (mark below):

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Entire medical record | ☐ Radiology reports | ☐ Insurance records |
| ☐ Chart Notes | ☐ Treatment records | ☐ Medication records |
| ☐ Lab reports | ☐ Billing records | ☐ Other (specify below) |

For the purpose of:

- I understand that unless revoked in writing, this authorization is valid for 12 months from the date of signing. I understand that I may revoke this authorization in writing at any time except to the extent disclosure has already been made in accordance with this document.
- Unless specifically excluded below, this authorization includes release of specially protected information including referral, diagnosis and treatment information related to my health care.
- (Please circle all that apply to EXCLUDE the information from authorization and disclosure):
Substance Abuse Mental Health Conditions Sexually Transmitted Diseases HIV/AIDS
- I understand once my health care information is released, the person or organization that receives it may re-disclose the information and that it may no longer be protected by privacy laws.
- I understand release of my records may take up to 30 days.
- I understand that I do not have to sign an authorization as a condition for receiving treatment or health care benefits (treatment, payment or enrollment).

Printed Name

Signature

Date

Relationship to Patient