

Urology Clinic of Hanford

www.urologyhanford.com

Seetharaman Ashok, M.D.

Board Certified Urologist
Adult & Pediatric Urology
452 W. Grangeville Blvd.
Hanford, California 93230
Phone #: (559) 410-8446
Fax #: (559) 410-8468

Bienvenido a Urology Clinic of Hanford (la Clínica de Urología de Hanford). Nuestro objetivo es brindar una atención urológica excelente y que usted comprenda la naturaleza de su problema, las razones de las pruebas de investigación y el plan de tratamiento para promover y proteger su salud urológica. Para minimizar su tiempo de espera y brindar un servicio eficiente a todos nuestros pacientes, solicitamos su ayuda con las siguientes cosas.

Su Primer Cita

Le pedimos que complete y firme los formularios adjuntos y los documentos de información del seguro médico antes de su primera cita. Traiga su (s) **tarjeta(s) de seguro actual, radiografías y una lista de sus medicamentos actuales.** (incluido en la última página)

Citas

Reconocemos el valor de su tiempo y haremos todo lo posible para atenderlo lo más pronto posible. Asegúrese de **registrarse** con la recepcionista cuando llegue. Nos comunicaremos con usted 2 días antes de su cita como recordatorio, y le pedimos que se comunique con nuestra oficina para reprogramar sus citas con al menos 24 horas de anticipación. Nuestra lista de espera para las citas es larga y faltar a una cita priva a otra persona de la oportunidad de recibir tratamiento de manera oportuna. Por esta razón, las faltas repetidas y la cancelación el mismo día pueden resultar en un cargo de **\$ 25.00**

por visitas al consultorio o un cargo de \$ 100.00 por un procedimiento o cirugía.

(Voltee la página)

Medicamentos

Le pedimos que se comunique directamente con su farmacia si necesita surtir sus recetas de nuevo. Por favor, espere al menos **72 horas** para que sus medicamentos sean surtidos. En caso de una presunta **infección del tracto urinario**, podemos recetar antibióticos sin cita previa. Sin embargo, le pedimos que **obtenga una muestra de orina** antes de comenzar la terapia antibiótica para permitir un buen manejo de su problema a largo paso. Si se ignora esta solicitud, la prescripción de antibióticos sin una cita ya no estará disponible para usted.

Emergencias

Nuestra oficina no está abierta los fines de semana. El único lugar donde un médico puede atenderlo es en la **sala de emergencias** o en el **hospital**.

Cirugías

Los arreglos de pago para la cirugía electiva deben hacerse **con anticipación**. La cantidad requerida por adelantado como pago inicial dependerá tanto de la cobertura de su seguro como del tipo de cirugía realizada.

Co-Pagos

Se requieren copagos al momento del servicio sin excepción. Para nuestros pacientes de Medicare, por favor reconozca que, aunque Medicare no requiere un copago, su seguro secundario a menudo sí lo requiere.

Pagos

Los arreglos de pago deben hacerse en el **momento del servicio**. Nos complace presentar los formularios necesarios para que reciba los

beneficios del seguro. Su póliza de seguro es un acuerdo entre usted y su compañía de seguros. Indica qué está cubierto y qué no. Esto significa que, en última instancia, usted es responsable de todos los cargos.

Los planes de pago están disponibles para aquellos que requieren asistencia financiera. Los pacientes con cuentas en mora serán atendidos solo en efectivo pagadero en el momento del servicio.

Firmas

La "Hoja de información para pacientes nuevos" adjunta contiene un área para la firma. La ley exige que se complete esta sección antes de la facturación de su seguro. Además, hay una copia del folleto HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996) publicado en el área de recepción. Si desea una copia de este folleto, notifique a la recepcionista.

Conclusión

Bienvenido nuevamente a Urology Clinic of Hanford y gracias por elegirnos. Esperamos poder brindarle una atención urológica óptima .

Dr. Seetharaman Ashok M.D. and staff

Urology Clinic of Hanford

www.urologyhanford.com

Hoja de información para pacientes nuevos

Nombre: (Primer) _____ (Medio) _____ (Apellido) _____
Dirección de envío: _____ Ciudad _____ Código Postal: _____
Numero primario del teléfono: _____
Numero Secundario del teléfono #: _____
Seguro Social #: _____
Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Edad: _____
Género: Hombre / Mujer _____ Estado _____
Civil: _____
Medicó/a Referente: _____
Medicó/a Primario/a: _____
Contacto de Emergencia (Que no viva con usted): _____
Número de teléfono #: _____
Nombre de Farmacia: _____
City: _____
Dirección: _____

Información de Seguro Primario

(Marque con un círculo "Yo mismo" si la información secundaria del seguro es la misma que la del paciente y pase a la siguiente sección)

Compania de Seguro: _____
Relación a Paciente: Yo Mismo / Esposa/o / Dependiente
Nombre del Asegurado: _____
Seguro social del Asegurado: _____
Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Información de Seguro Secundario

(Marque "Yo mismo" si la información secundaria del seguro es la misma que la del paciente y continúe con la siguiente sección)

Compania de Seguro: _____
Relación a Paciente: Yo Mismo / Esposa/o / Dependiente

Nombre del Asegurado: _____

Seguro social del Asegurado: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Acuerdo financiero y autorización para tratamiento:

Autorizo el tratamiento del paciente nombrado y aceptó pagar todos los honorarios y cargos relacionados con la atención médica recibida por Seetharaman Ashok, M.D.

Acepto pagar honorarios razonables de abogado por cualquier acción legal que se tome para cobrar dichos cargos.

Estoy de acuerdo que los pagos no se retrasarán ni retendrán debido a la cobertura del seguro de reclamaciones pendientes; todas las ganancias se asignan a Seetharaman Ashok, M.D., sin asumir la responsabilidad de la recaudación. Autorizo la divulgación de mi información médica necesaria para determinar los beneficios pagaderos o el diagnóstico y tratamiento adicionales de afecciones médicas.

Asignación de Beneficios

Por la presente, dirijo todos los pagos de beneficios pagaderos a mí a Seetharaman Ashok, M.D. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos no cubiertos.

Tarifas por no presentarse

Por la presente reconozco que estoy al tanto de todas y cada una de las tarifas por no presentarse. Si no doy un aviso de 24 horas para cancelar mi cita con Seetharaman Ashok, M.D., se me cobrará \$ 25.00 por visitas al consultorio y \$ 100.00 por procedimientos o cirugías.

Radiología

Las copias de las videos de los pacientes obtenidas de otras instalaciones se destruirán de acuerdo con la HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996) y las regulaciones radiológicas, a menos que el paciente solicite

conservar las películas en el momento de su cita. Se devolverán películas originales de otras instalaciones. Las películas originales tomadas en esta oficina se almacenarán según lo exige la ley.

Prácticas de privacidad

Por la presente reconozco que estoy al tanto de la HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996) Aviso de Prácticas de Privacidad de Seetharaman Ashok, M.D. y que puedo recibir una copia a pedido. Además, reconozco que una copia está publicada en el área de recepción en todo momento.

Firma del Responsable: _____

Fecha: ____/____/____

Nombre: _____

Relación al Paciente: _____

Urology Clinic of Hanford

www.urologyhanford.com

Revelación de información

Si **desea** que divulguemos su información a un amigo / familiar, enumere su información a continuación

Nombre: _____ Relación al paciente: _____
Nombre: _____ Relación al paciente: _____
Nombre: _____ Relación al paciente: _____

Por la presente autorizo a Seetharaman Ashok, M.D. y / o al personal a divulgar mi información médica a las personas mencionadas arriba.

Firma de Paciente: _____
Fecha: ____/____/_____
Nombre: _____
Relación a Paciente: _____

Si **NO** desea divulgar información a nadie, firme y coloque la fecha a continuación.

Firma de Paciente: _____
Fecha: ____/____/_____
Nombre: _____
Relación a Paciente: _____

Urology Clinic of Hanford

www.urologyhanford.com

Medical History

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Tiene Alergias? Si / No En caso de Alergias, Por favor explique:

En el pasado ha tenido alguna de estas enfermedades?

(Marque si es así)

- Enfermedad de la Próstata: ____
- Enfermedad de la Vejiga: ____
- Enfermedad de los riñones: ____
- Piedras en los riñones: ____
- Hipertensión (Presión alta): ____
- Colesterol: ____
- Diabetes: ____

¿Alguna vez ha tenido una transfusión de sangre?

Si / No

Si se encuentra necesitando una transfusión de sangre, ¿la aceptaría?

Si / No

¿Le han puesto una vacuna contra la neumonía?

Si / No

Fecha de Vacuna: ____/____/____

(65 años o mayor) ¿Ha tenido una colonoscopia en los últimos 9 años?

Si / No

¿Se ha sometido a pruebas de detección de cáncer colorrectal?

Si / No

Fecha de Prueba: ____/____/____ (50-75 Years Old)

Ha tenido cirugías en el pasado? Si / No Si asi es, por favor explique:

Historial Familiar

Does Anyone In Your Family Have/Has Had These Conditions? (Mark If Yes)

1. Cáncer de la Próstata: __
2. Cancer Testicular: __
3. Cáncer del Riñón: __
4. Cáncer de la Vejiga: __
5. Hipertensión (Presión alta): __
6. Colesterol: __
7. Diabetes: __

Historial Social

¿Fuma? Si / No Fumaba en el pasado Si / No Cuando paro? _____

¿Toma bebidas alcohólicas? Si / No Si así es, ¿que tan frecuente toma bebidas alcohólicas? _____ Are

¿Tomaba bebidas alcohólicas en el pasado? Si / No

¿Cuándo paró de tomar? _____

¿Toma bebidas que contengan cafeína? (Cafe, Soda, Té, etc.) Si / No
Si así es, ¿cuántos vasos al día?

Urology Clinic of Hanford

www.urologyhanford.com

Lista de Medicamentos

Por Favor Escriba

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____
16. _____
17. _____
18. _____

Urology Clinic of Hanford

www.urologyhanford.com

Acuerdo de pago

Por favor firme y feche lo siguiente

YO, (escriba nombre) _____ entiendo
que...

- Mi copago tiene que ser pagado al momento del servicio; este es un acuerdo con mi compañía de seguros que soy responsable de cumplir.
- NO traemos cambio. Los pagos en efectivo deben ser EXACTOS.
- Soy responsable de cualquier cargo incurrido debido a que el personal de la oficina llene los formularios. Estos incluyen discapacidad, autorización previa, etc. Esta tarifa es SOLO EN EFECTIVO.

Firma del

Paciente: _____

Fecha: ____ / ____ / _____

Tipos de pago aceptados

- Visa
- MasterCard
- American Express
- Cash
- Cheques (Todos los cheques deben ser pagados a "Urology Clinic of Hanford")
 - Magstripe
 - EMV (Chip)
- Contactless (Apple Pay, Google Pay, etc.)