



# BIENVENIDOS A SAN BERNARDINO CANCER CARE CENTER

## UBICACIONES:

### SAN BERNARDINO, CA

San Bernardino Cancer  
Care Center  
1800 Medical Center Drive  
Suite 100  
San Bernardino, CA. 92411  
Teléfono: (909) 887-8800  
Fax: (909) 887-5678

Gracias por confiarnos su cuidado. En San Bernardino Cancer Care Center, creemos que el tratamiento del cáncer requiere intervención médica; sin embargo, también creemos que una voluntad fuerte y un sistema de apoyo sólido juegan un papel vital en el proceso de curación. Es por eso que nuestro equipo experto de profesionales de atención del cáncer altamente capacitados trabaja en estrecha colaboración con nuestros pacientes y sus seres queridos durante el tratamiento y la recuperación. Es este enfoque compasivo, combinado con nuestras instalaciones de última generación, un ambiente confortable y el compromiso de utilizar las técnicas de tratamiento más avanzadas disponibles lo que ayuda a hacer de San Bernardino Cancer Care Center un centro oncológico de primer nivel.

Para su primera visita, complete y firme todos los formularios incluidos en su paquete. Deberá presentar estos formularios en la recepción a su llegada. Si no puede completar estos formularios antes de su primera cita, llegue 30 minutos antes y lo ayudaremos. Si necesita reprogramar o cancelar su cita, llame al menos 24 horas antes de su visita programada.

## TU PRIMERA VISITA

Para evaluar su salud, es extremadamente importante que recibamos sus registros médicos antes de la hora de su visita programada. Haga arreglos para que su médico los envíe a nuestra oficina antes de su cita inicial. Para brindarle la más alta calidad de atención, su médico deberá revisar cualquier patología, informes quirúrgicos, radiografías, resultados de laboratorio, notas médicas y registros de pacientes hospitalizados que estén disponibles.

## PEDIMOS QUE LOS PACIENTES SIEMPRE

- Lleve las tarjetas del seguro a cada visita. Si hay un plan de seguro secundario, un plan complementario de Medicare o un plan de recetas, asegúrese de traer todas sus tarjetas.
- Manténganos informados de cualquier cambio en cualquier estadística vital como dirección, número de teléfono, situación laboral, estado civil o seguro.
- Proporcionar una lista actualizada de medicamentos en cada visita al consultorio; es necesario que revisemos todos los medicamentos recetados y de venta libre que se toman actualmente, incluidas vitaminas, hierbas, aspirinas, Tylenol, etc. A algunos pacientes les resulta más conveniente llevar los frascos de medicamentos a la cita.
- Permita un tiempo de respuesta de 72 horas para los resurtidos de recetas. Tenga en cuenta que algunas recetas para analgésicos no permiten recargas, por lo tanto, solicitamos que los pacientes se comuniquen con nosotros antes de quedarse sin medicamentos.
- Considere los sistemas inmunológicos comprometidos de otros pacientes y absténgase de traer niños a sus citas. Si se siente enfermo, llámenos antes de su cita para que podamos brindarle orientación.
- Anote cualquier pregunta o inquietud que surja para discutir con el médico. Una vez que un paciente ha hecho una cita, todas las facetas de nuestros servicios, desde los últimos hallazgos de investigación hasta la tecnología más avanzada, se utilizarán para brindar el más alto nivel de atención médica de calidad.

Una vez más, le damos la bienvenida y le damos las gracias por elegir San Bernardino Cancer Care Center. Para obtener más información, visite nuestro sitio web en [www.sbcancercenter.com](http://www.sbcancercenter.com). Si necesita asistencia adicional, llame al (909) 887-8800.



# REGISTRO DE PACIENTES

**POR FAVOR IMPRIME CLARAMENTE**

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

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Años: \_\_\_\_\_ Género:  Masculino  Mujer  Transgénero:  M to F  F to M

SSN: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Expresar: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección secundaria: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Expresar: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ ¿Podemos enviarle un correo electrónico??  Si  No

Idioma preferido: \_\_\_\_\_

Etnia/raza:  Blanco  Hispano / latino  Negro / afroamericano  Nativo americano

Asiático / isleño del Pacífico  Otro

Ocupación: \_\_\_\_\_

Empleado / Independiente  Desempleados  Jubilado  Discapacitado

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Estado civil:  Casado  Único  Viudo  Divorciado  Otro

Situación de vida:  Vive solo  Vive con la familia  Vive en un asilo de ancianos

Winter Resident  Year Round Resident

Are you currently receiving home health?  Yes  No

Children:  Yes  No If yes, how many? \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Médico de referencia (si es diferente): \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Iniciales del paciente: \_\_\_\_\_



# REGISTRO DE PACIENTES

## POR FAVOR IMPRIME CLARAMENTE

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono #: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Poder notarial duradero para atención médica:  Sí  No \_\_\_\_\_

Relacionado contigo: \_\_\_\_\_

Testamento vital para la atención médica:  Sí\*  No

\*Proporcione una copia para nuestros registros

### Primario

Aseguradora: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza principal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Del titular de la póliza

SSN: \_\_\_\_\_

Empleador del tomador del seguro: \_\_\_\_\_

Seguro ID #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Does plan have prescription coverage?  Yes  No (If yes please provide information below)

Prescription Coverage: \_\_\_\_\_

### Secundario

Aseguradora: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza principal: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza principal: \_\_\_\_\_ Del titular de la póliza SSN: \_\_\_\_\_

Empleador del tomador del seguro: \_\_\_\_\_

Seguro ID #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

¿El plan tiene cobertura de recetas?  Sí  No (En caso afirmativo, proporcione la información a continuación)

Cobertura de recetas: \_\_\_\_\_

Certifico que la información que he dado hoy es lo mejor que puedo y de la manera más completa y precisa posible. Notificaré al médico/personal sobre cualquier cambio o adición en visitas posteriores.

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

**Iniciales del paciente:** \_\_\_\_\_

Nombre del testigo: \_\_\_\_\_ Relación de testigos: \_\_\_\_\_

**Firma de testigo:** \_\_\_\_\_



# FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA

## POR FAVOR IMPRIME CLARAMENTE

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Motivo de esta visita: \_\_\_\_\_

## HISTORIA QUIRURGICA

Procedimiento	Fecha de realización	Por quién
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Tiene un dispositivo implantado, como un marcapasos?  Si  No

En caso afirmativo, proporcione una copia de la tarjeta de su dispositivo para nuestros registros

¿Alguna vez le han diagnosticado cáncer?  Si  No

¿Ha tenido tratamiento de radiación o quimioterapia en el pasado?  Si  No

## ALERGIAS Y SENSIBILIDADES:

(Enumere las alergias que tiene y cómo le afecta cada una).

Sin alergias conocidas

Alergia

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sin alergias medicamentosas conocidas

Reacción

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido una reacción a la anestesia?  Si  No

## MEDICAMENTOS ACTUALES:

(ADJUNTE LA LISTA DE MEDICAMENTOS SI ES NECESARIO)

Nombre

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fuerza / Frecuencia

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Prescriptor

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## TODOS LOS MEDICAMENTOS SIN RECETA, INCLUYENDO VITAMINAS Y HIERBAS:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Farmacia \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

Iniciales del paciente: \_\_\_\_\_



# FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA

## HISTORIA MÉDICA FAMILIAR:

Indique cualquier miembro de la familia con cáncer de mama, ovario, páncreas, próstata, melanoma, colon, riñón o útero, enfermedad de la sangre u otra enfermedad.

	Años:	Enfermedad:	Si falleció, causa de muerte:
Padre:	_____	_____	_____
Madre:	_____	_____	_____
Hermanas/Hermanos:	_____	_____	_____
Niños:	_____	_____	_____
Tías/tíos:	_____	_____	_____
Abuelos maternos:	_____	_____	_____
Abuelos paternos:	_____	_____	_____

## HISTORIA SOCIAL:

### Riesgos laborales:

(Cualquier riesgo ocupacional (como ruido o exposiciones químicas)  Si  No Si es así, ¿qué: \_\_\_\_\_

### Uso de Tabaco: (Presente y/o pasado)

- Nunca fumé
- Dejar de fumar ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos años fumaste? \_\_\_\_\_yr(s) Edad de inicio: \_\_\_\_\_  
¿Cuántos paquetes? \_\_\_\_\_/día
- Actualmente fuma  Cigarrillos  Tubo  Cigarros  Cigarrillos electrónicos  
¿Cuántos paquetes? \_\_\_\_\_/día ¿Cuántos años? \_\_\_\_\_
- Mascando tabaco  Actual  Pasado ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

### Consumo de alcohol: (presente y/o pasado)

- No bebedor
- Número de botellas de cerveza \_\_\_\_\_ por  Día  Semana  Mes
- Número de botellas de vino \_\_\_\_\_ por  Día  Semana  Mes
- Número de botellas de licor \_\_\_\_\_ por  Día  Semana  Mes

## HISTORIA NUTRICIONAL:

- ¿Ha habido un cambio en su apetito en los últimos 6 meses?  Si  No
- ¿Cómo está tu apetito?  Apetito Bueno  FERIA del Apetito  Apetito Pobre
- ¿Has ganado o perdido peso en 1 mes sin querer?  Si  No  
En caso afirmativo, ¿cuánta ganancia o pérdida? \_\_\_\_\_
- ¿Estás contento con tu peso?  Si  No
- Si no, ¿está siguiendo un programa de dieta y ejercicio?  Si  No
- Para las mujeres: ¿Está tomando calcio adicional?  Si  No



# FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA

## REVISIÓN DE SISTEMAS:

(Marque cualquier síntoma pasado o actual que tenga).

### General:

- Buena salud
- Fatiga excesiva
- Pérdida de peso
- Obesidad
- fiebres inexplicables
- Escalofríos
- Debilidad

### Sistema inmunitario:

- Resfriados Frecuentes
- Alergias al aire libre
- Infecciones graves

### Respiratorio:

- Neumonía
- Tuberculosis
- Enfisema
- Asma
- Tos crónica
- Tos productiva
- Tosiendo sangre
- Falta de aliento
- Sibilancias

### Cabeza y cuello:

- Cataratas
- Glaucoma
- Problemas de los senos paranasales
- Dolor de garganta

### HEENT:

- Visión borrosa
- Visión doble
- Glaucoma
- Sensibilidad a la luz
- Ojos secos
- Lagrimeo excesivo
- Pérdida de la audición
- Zumbido en los oídos
- Úlceras de boca

- Boca seca
- Sabor alterado
- Sensibilidad sinusal
- Ronquera
- Ictericia

### Endocrino:

- Diabetes
- Trastorno de la tiroides
- Sofocos
- Sudores nocturnos
- Reemplazo de hormonas

### Hematological:

- Anemia
- Ganglios linfáticos inflamados
- Coágulos de sangre
- Problemas de plaquetas
- Sangrado quirúrgico
- Moretones anormales
- Sangrado de las encías
- Hemorragias nasales
- Transfusiones de sangre
- Desorden sangrante
- HIV/AIDS

### Seno:

- Masas anormales
- Secreción del pezón
- Inversión del pezón
- Dolor
- Cambios en la piel
- Masa axilar

### Cardiovascular:

- Dolor de pecho
- Palpitaciones
- Ataques al corazón
- Hipertensión
- Insuficiencia cardíaca / Enfermedad del corazón
- Hinchazón de piernas/ pies

- Soplo cardíaco
- Problemas de ritmo
- Colesterol alto
- Alta presión sanguínea
- Diabetes - Tipo 1 / Tipo 2

### Gastrointestinal:

- Estreñimiento
- Diarrea
- vómitos
- Úlceras estomacales
- Sangrado rectal
- Problemas de la vesícula biliar
- Hepatitis
- Enfermedad por reflujo
- Taburetes negros
- Cambios intestinales
- Dolor abdominal
- Hemorroides
- Náuseas
- Cálculos renales
- Dificultad para tragar
- Acidez
- UTI
- Cirrosis de hígado

### Genitourinario:

- Pérdida urinaria
- Micción frecuente
- Dolor al orinar
- Sangre en la orina
- Problemas de vejiga
- Incontinencia
- Vacilación
- Problemas de erección

### Musculoesquelético:

- Artritis
- Dolor de huesos
- Gota
- Osteoporosis
- Dolor muscular
- Dolor en las articulaciones
- Inflamación de articulaciones
- Rango de movimiento limitado
- Dolor de espalda

### Neurológico:

- Dolor de cabeza / Migraña
- Debilidad focal
- Parálisis
- Neuropatía
- Discapacidad del habla
- Temblor
- Conciencia alterada
- Equilibrio / Mareos
- Accidente cerebrovascular / AIT
- Convulsión
- Desmayos
- Pérdida de memoria
- Confusión
- Lesiones de la piel
- Sarpullido
- Picor

### Psiquiátrico:

- Problemas para dormir
- Depresión
- Ansiedad
- Cambios en el apetito
- Pensamientos suicidas



# FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA

## REVISIÓN DE SISTEMAS CONTINUACIÓN:

(Marque los síntomas ACTUALES que tenga).

### Tegumentario (Piel):

- Sarpullido  
 Comezón  
 Lesiones de la piel

### Ginecológico:

- Períodos abundantes:  Si  No  
 Período de edad iniciado: \_\_\_\_\_  
 Fecha del último período: \_\_\_\_\_  
 # de embarazos: \_\_\_\_\_  
 ¿Abortos / abortos espontáneos?  Si  No  
 Amamantar:  Si  No  
 Fecha del último pap: \_\_\_\_\_  
 Fecha de la última mamografía: \_\_\_\_\_  
 ¿Alguna vez te has hecho una colonoscopia?  Si  No  
 Fecha del más reciente: \_\_\_\_\_

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

Iniciales del paciente: \_\_\_\_\_

## OTROS ENFERMEDADES O PROBLEMAS MÉDICOS:

(Enumere los problemas médicos actuales y pasados que tenga sido tratado Y el médico que lo atendió).

Enfermedad / Problema médico

Médico

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## ESCALA DEL DOLOR

¿Estás adolorido?  Si  No

En caso afirmativo, indíquelo en una escala del 1 al 10 (0 = sin dolor, 10 = peor dolor)

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10



# GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA A SAN BERNARDINO CANCER CARE CENTER Y SUS ASOCIADOS POR FAVOR IMPRIME CLARAMENTE

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_  
por favor imprimir

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN A SER REVELADA DESDE/A:

DE  A

Por la presente autorizo la divulgación de información en mi registro médico de/a (Nombre del proveedor):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dirección postal Ciudad Expresar Código

\_\_\_\_\_  
Teléfono Fax

Incluyendo contenidos relacionados con el abuso de drogas o alcohol, psiquiátricos, notas de psicoterapia y diagnósticos relacionados con el VIH (SIDA) y/resultados de pruebas pr. Exclusiones a lo anterior:

### INFORMACIÓN A SER DIVULGADA DESDE/A:

DE  A

**SAN BERNARDINO, CA**

San Bernardino Cancer Care Center  
1800 Medical Center Drive  
Suite 100  
San Bernardino, CA. 92411

### TIPO DE REGISTRO:

TODOS LOS REGISTROS MÉDICOS (solo pertinentes) (limitado 2 años de información)

Historia y Físico

Resumen de alta

Informe Operativo

Informe de consulta

Notas de psicoterapia solamente

Informes de radiología (Especifique): \_\_\_\_\_

Resultados de laboratorio

Examen probatorio

Informe de urgencias

Otra información (especifique): \_\_\_\_\_

### EL PROPÓSITO O NECESIDAD DE ESTA INFORMACIÓN ES:

(Por favor marque todos los que apliquen)

Médico  Seguro  Legal  Personal  Otro: \_\_\_\_\_



## GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

### POR FAVOR IMPRIME CLARAMENTE

- Autorizo la divulgación de la información especificada de mis registros médicos.
- Entiendo que la información divulgada conforme a esta autorización podría ser divulgada nuevamente por el destinatario y es posible que ya no esté protegida por las leyes federales de confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, según la ley de California, el solicitante no puede seguir usando ni divulgando la información médica a menos que obtenga otra autorización mía o a menos que la ley exija o permita específicamente dicho uso o divulgación de conformidad con las leyes estatales de confidencialidad.
- Tengo derecho a retirar el permiso para la divulgación de mi información. Si firmo esta autorización para usar o divulgar mi información, puedo revocar esa autorización en cualquier momento. La revocación deberá hacerse por escrito y no afectará la información que ya haya sido utilizada o divulgada.
- Estoy firmando esta autorización voluntariamente y el tratamiento, el pago o mi elegibilidad para los beneficios no se verán afectados si no firmo esta autorización.
- Una fotocopia de este comunicado es tan efectiva como el original.
- He recibido una copia de esta autorización.

**FIRMA:** \_\_\_\_\_

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

(Paciente / Representante Legal / Tutor)

### (PARTE DEL MÉDICO ÚNICAMENTE) Registros obtenidos en el curso del TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO

El abajo firmante, el médico, psicólogo licenciado o trabajador social con una maestría en trabajo social, por la presente (aprueba) (desaprueba) la divulgación de información y registros. Tenga en cuenta a continuación cualquier restricción sobre la divulgación de registros. (Nota: no se requiere aprobación para la entrega al abogado del paciente). \_\_\_\_\_

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

(Médico / Psicólogo / Trabajador Social)



## AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO Y PAGO DE BENEFICIOS MÉDICOS

### POR FAVOR IMPRIME CLARAMENTE

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

Gracias por elegir a San Bernardino Cancer Care Center como su proveedor de atención médica. Agradecemos la confianza que ha mostrado con su elección y estamos comprometidos a brindarle la más alta calidad de atención médica. Le pedimos que lea y firme este formulario para reconocer que comprende nuestra autorización para el tratamiento, el pago y las políticas financieras del paciente. Si desea recibir una explicación más detallada de nuestras políticas financieras, solicite una copia.

### AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO Y PAGO DE BENEFICIOS MÉDICOS

Doy permiso a San Bernardino Cancer Care Center para proporcionar servicios médicos para diagnóstico y tratamiento. Autorizo la divulgación de la información médica necesaria para procesar cualquier reclamo por los servicios prestados y para que mi compañía de seguros pague directamente a San Bernardino Cancer Care Center.

### USO DE LA FOTOGRAFÍA

Acepto que cualquier identificación con foto tomada en el momento de mi cita se considerará parte de mi registro médico y se utilizará únicamente con fines de identificación.

### e-RECETA PARA HISTORIAL DE MEDICAMENTOS

Podemos solicitar y utilizar la información de su historial de medicamentos recetados mediante nuestra función de recetas electrónicas. Esto es solo con fines informativos para que un registro actualizado de su medicamento esté disponible para su tratamiento y seguridad.

### AUTORIZACIONES DE PACIENTES

- Con mi firma a continuación, autorizo a San Bernardino Cancer Care Center a divulgar información médica y de otro tipo a las compañías de seguros necesarias y terceros pagadores que requieran el pago o los servicios de salud prestados.
- Con mi firma a continuación, autorizo la asignación de beneficios financieros directamente a San Bernardino Cancer Care Center. Entiendo que soy financieramente responsable por los cargos no cubiertos o negados total o parcialmente por mi(s) plan(es) de seguro.

**He leído, comprendo y acepto las disposiciones de este formulario de Autorización para Tratamiento y Pago de Beneficios Médicos.**

Firma del Paciente o Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD Y AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

### POR FAVOR IMPRIME CLARAMENTE

Para proteger su privacidad, infórmenos cómo desea que nos comuniquemos con usted y a quién podemos divulgar su información médica privada (PHI, por sus siglas en inglés) en su nombre.

No, no discuta la PHI con nadie. ADVERTENCIA: si elige esta opción y se enferma y no puede llamar o ir a la oficina para recibir ayuda, podemos, a nuestro juicio profesional, divulgar la PHI necesaria a otro profesional médico para garantizar que reciba la atención médica adecuada.

Sí, permitir la comunicación con:

Nombre

Relación

Teléfono

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Qué tipo de PHI podemos discutir con los miembros de su familia designados y/u otras personas involucradas? con tu cuidado?

Atención médica     Información de facturación y pago

Yo, \_\_\_\_\_ entiendo que la autorización anterior permanecerá vigente hasta que la modifique por escrito. Me han dado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de San Bernardino Cancer Care Center.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Imprimir nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### POLÍTICA DE REPUESTO DE RECETAS

Todos los proveedores de San Bernardino Cancer Care Center (médico, enfermera practicante o asistente médico) participan en la prescripción electrónica directamente a sus farmacias locales y de pedidos por correo. Nuestro objetivo es ayudar a los pacientes con solicitudes de recetas de manera eficiente y oportuna. Para procesar su solicitud lo más rápido posible, consulte los detalles de nuestra política de recetas.

- Los resurtidos de medicamentos recetados requieren una estrecha supervisión por parte de su médico, enfermero practicante o asistente médico para garantizar la continuación segura de la dosis, la frecuencia y el plazo adecuados de ese medicamento. Su proveedor le recetará la cantidad adecuada de resurtidos de recetas para que le dure hasta su próxima cita programada.
- Es responsabilidad del paciente programar su próxima cita con anticipación y con el tiempo adecuado para recibir un resurtido de la receta.
- Mantener actualizada la información de la farmacia es responsabilidad del paciente. Confirme con nuestra práctica que la dirección y el número de teléfono correctos de su farmacia local o la información de la farmacia de pedidos por correo estén archivados. Las solicitudes de resurtido de recetas se enviarán electrónicamente a su farmacia. Su farmacia se comunicará con usted cuando su receta esté lista.
- Las recetas clasificadas como sustancias controladas no se procesan fuera de horario ni los fines de semana.
- Espere entre 48 y 72 horas para procesar las solicitudes de recetas. Los medicamentos que requieren autorización previa pueden requerir tiempo adicional para procesar. Planifique con anticipación las recargas durante las vacaciones y cuando viaje.
- Si necesita un resurtido de emergencia, las solicitudes de resurtido de recetas deben enviarse electrónicamente desde la farmacia directamente a la oficina. Si su proveedor lo aprueba, se enviará un resurtido apropiado a su farmacia preferida. Si no se aprueba el resurtido de su receta, comuníquese con el consultorio de su proveedor para programar una cita.



## AUTORIZACIÓN DE COMUNICACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

### COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS

Para su comodidad, la oficina se comunica a través de diferentes medios electrónicos, incluido nuestro portal seguro para pacientes, teléfono y mensajes de texto para recordatorios de citas.

¿Podemos contactarlo en:

¿Casa?  Si  No Número \_\_\_\_\_ ¿Trabaja?  Si  No Number \_\_\_\_\_

¿Célula?  Si  No Número \_\_\_\_\_

¿Vía correo electrónico?  Si  No Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

¿Podemos enviar un recordatorio de la cita por mensaje de texto?  Si  No

¿Podemos dejar un mensaje en su contestador automático o celular?  Si  No

¿Cualquier información?  Si  No

Limite la información a lo siguiente: \_\_\_\_\_

¿Podemos dejar un mensaje con un familiar u otra persona en su casa?  Si  No

¿Cualquier información?  Si  No

Limite la información a lo siguiente: \_\_\_\_\_

Marque a continuación si NO desea que San Bernardino Cancer Care Center se comunique con usted en cualquiera de los siguientes métodos de comunicación:

Teléfono móvil  Mensaje de texto  Teléfono de casa  Correo electrónico seguro  Portal del paciente en línea

¿Está bien dejar un mensaje detallado en su correo de voz?  Si  No

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente del Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha



# POLÍTICA DE PAGO DEL PACIENTE

Estimado paciente,

Gracias por elegir a San Bernardino Cancer Care Center como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a brindarle atención médica de calidad. Hemos desarrollado una política de pago para ayudarlo a comprender su responsabilidad y la de su compañía de seguros (si corresponde). Lea la política y firme en el espacio proporcionado. Se le proporcionará una copia si la solicita. Si tiene preguntas, háganoslo saber.

1. **Seguro.** Su póliza de seguro es un acuerdo entre usted y su compañía de seguros. No somos parte de su contrato. Como cortesía, facturaremos su plan de seguro por usted, si nos brinda información precisa. Comuníquese con su compañía de seguros si tiene alguna pregunta sobre la cobertura.
  - a. Seguros no contratados: si no estamos contratados con su compañía de seguros, tenga en cuenta que sus gastos de bolsillo pueden ser mayores que los previstos originalmente. Le daremos una estimación de sus costos, pero el monto final adeudado será determinado por el reembolso de su compañía de seguros.
2. **Servicios no cubiertos.** Tenga en cuenta que es posible que algunos de los servicios que reciba no estén cubiertos o que Medicare u otras aseguradoras no los consideren razonables o necesarios.
3. **Presentación de reclamaciones.** Presentaremos sus reclamos y lo ayudaremos de cualquier manera que podamos razonablemente para ayudar a que se paguen sus reclamos. Su compañía de seguros puede necesitar que proporcione cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud. Tenga en cuenta que los cargos por los servicios recibidos son su responsabilidad, ya sea que su compañía de seguros pague o no su reclamo.
4. **Prueba de seguro.** Todos los pacientes deben completar un formulario de información del paciente antes de ver al médico. Le pediremos una copia de su(s) tarjeta(s) de seguro actual y válida como prueba de seguro.
5. **Cambios de cobertura.** Si su seguro cambia, notifique a nuestra oficina de inmediato para que podamos realizar los cambios apropiados en su información de facturación. Si no nos proporciona la información correcta del seguro de manera oportuna, será responsable de todos los cargos incurridos.
6. **Copagos.** Todos los copagos deben pagarse en el momento del servicio. Este arreglo es parte de su contrato con su compañía de seguros.
7. **Falta de pago.** Tenga en cuenta que, si no paga su parte de la factura, es posible que remitamos su cuenta a una agencia de cobro y es posible que se le exima de esta práctica.
8. **Política de citas perdidas.** Nuestra política es cobrar una tarifa de evaluación a los pacientes que pierden su pago. Para su comodidad, San Bernardino Cancer Care Center acepta cheques y tarjetas de crédito. Aceptamos Visa, MasterCard, Discover y American Express.
9. **Consejero Financiero.** Tenemos un asesor financiero disponible como recurso para nuestros pacientes.
10. **Aviso de pagos abiertos de California.** La base de datos Open Payments es una herramienta federal que se utiliza para buscar pagos realizados por compañías de medicamentos y dispositivos a médicos y hospitales universitarios. Se puede encontrar en <https://openpaymentsdata.cms.gov>. Solo con fines informativos, aquí se proporciona un enlace a la página web de Pagos Abiertos de los Centros Federales de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). La Ley Federal Sunshine de Pagos a Médicos exige que se ponga a disposición del público información detallada sobre pagos y otros pagos de valor superior a diez dólares (\$10) de fabricantes de medicamentos, dispositivos médicos y productos biológicos a médicos y hospitales universitarios.

He leído y entiendo la política de pago y acepto cumplir con estas pautas. Entiendo que soy responsable de cualquier parte de mi factura que no esté cubierta por mi compañía de seguros.

Firma del Paciente de la Parte Responsable \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_