



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. 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 #: _____

_____ Teléfono #: _____

_____ Teléfono #: _____

_____ Teléfono #: _____

_____ 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: Sí No
 Período de edad iniciado: _____
 Fecha del último período: _____
 # de embarazos: _____
 ¿Abortos / abortos espontáneos? Sí No
 Amamantar: Sí No
 Fecha del último pap: _____
 Fecha de la última mamografía: _____
 ¿Alguna vez te has hecho una colonoscopia? Sí 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? Sí 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 _____