

Paciente Nombre: \_\_\_\_\_

## ***Austin Gynecology Associates, PA***

### **La POLITICA de la OFICINA Y PROCEDIMIENTOS**

Debido a los muchos cambios en la asistencia sanitaria, nosotros hemos diseñado las Políticas siguientes de la Oficina y Procedimientos para nuestros Socios de la Ginecología de Austin, PA (AGA). Esta distribución es diseñada para proporcionarle con términos claros, las condiciones y las esperanzas de los Médicos y el Personal.

1. **La prueba de Identidad y El seguro:** AGA requiere dos formas de Identificación, su Tarjeta de Licencia de manejar y Seguro. El personal se referirá a o método de identificación como prueba para tratarle en persona y/o para soltar información médica por teléfono. Debe presentar su tarjeta de seguro en aquel momento de servicio o será visto como un paciente al contado o puede reprogramar su cita. \_\_\_\_ **Inicial**
2. **Estacionamiento:** AGA no valida estacionamiento. \_\_\_\_ **Inicial**
3. **Las citas:** AGA hace cada esfuerzo de planificar una cita dentro de una agenda razonable. Los Médicos procuran permanecer al día; sin embargo a veces una cita puede tomar más largo que planeado o una emergencia puede surgir. AGA aprecia que su paciencia mientras los Médicos trabajan para volver al día.
  - a. **Las Llegadas tarde:** Si usted llega 15 minutos tarde a una cita que tiene una de las dos opciones, usted puede cambiar su cita o que puede ser visto después de los pacientes por la mañana o la tarde. \_\_\_\_ **Inicial**
  - b. **Las cancelaciones y los Ausentes:** AGA le contactará 72 horas antes de su cita planificada. Será responsable de contactar AGA dentro de 24 horas de su cita planificada si tiene un conflicto en su horario. Hay un \$25,00 honorario para todos los "Ausentes" y citas no canceló dentro de 24 horas. \_\_\_\_ **Inicial**
  - c. **Repite Cancelaciones, los Ausentes y Llegadas Tarde:** AGA reserva el derecho de terminar cualquier relación de paciente-médico. AGA documentará todas las citas perdida y solicita que el paciente encuentra a otro médico que trata después de tres citas o Ausentes perdidos. \_\_\_\_ **Inicial**
4. **Los Artículos perdidos:** La petición para reemplazar artículos perdidos engendrados por AGA (es decir, Pedidos de Laboratorio, las Ordenes, etc.) será susceptible a un \$15,00 honorario del reemplazo. Esto no es un cubrió beneficio de seguro y será la responsabilidad del paciente de cubrir el gasto. El pago es debido antes de la petición para ser soldado. \_\_\_\_ **Inicial**
5. **Las cartas:** Si usted solicita la AGA para generar una carta o llenar formularios FMLA en su nombre, le proporcionaremos la primera forma o carta de forma gratuita. Duplicar las solicitudes de carta o formas ya ha proporcionado serán sujetos a una tarifa de \$ 25.00. Esto no es un beneficio de seguro cubiertos y será responsabilidad del paciente para cubrir los gastos. El pago es debido antes de la solicitud de ser liberado. \_\_\_\_ **Inicial**
6. **Los laboratorios - Reporteando y los Resultados:** AGA recibe los resultados de laboratorio de 1 a 2 semanas después que la prueba es administrada por el laboratorio, sin embargo, algunos resultados pueden tener una recuperación más largo. Resultados de mamografía se proporcionan se enumeran a continuación, sin embargo, el paciente también puede recibir un informe por escrito, directamente de el radiólogo.
  - a. **Los resultados anormales:** Si los resultados de laboratorio son anormales, la enfermera se comunicará con usted con las instrucciones del médico.
  - b. **Los resultados normales:** AGA tiene una política de **NO NOTICIAS SON BUENAS NOTICIAS**. La enfermera no se pone en contacto con resultados normales, pero puede comunicarse con la enfermera para los resultados.
  - c. **Los resultados de laboratorio no ordenado por los médicos de AGA:** La discusión de estos resultados de laboratorio será con cita previa. Usted será responsable de traer una copia con usted los resultados de la cita, por lo tanto, por favor haga su cita **DESPUÉS** que recibia los resultados del médico que lo ordeno el pedido.
7. **Las prescripciones:** Para solicitar recambios, debe comunicarse con su farmacia. Para reemplazar una receta perdida por escrito o de tener la misma receta enviada a otra farmacia habrá una cuota de \$15.00. \_\_\_\_ **Inicial**
8. **Facturación:**
  - a. **Cheques:** Los cheques devueltos están sujetos a una cuota de \$ 35.00. La cuota de la NSF, más el importe adeudado por la visita de la oficina deben ser pagados en efectivo, tarjeta de crédito / débito o giro postal. Todas las transacciones futuras serán procesados como a través de dinero en efectivo, tarjeta de crédito / débito o giro postal. \_\_\_\_ **Inicial**
  - b. **Colección:** En el caso de que su cuenta es enviada a nuestra agencia de cobranza, AGA reserva el derecho de facturar al paciente por todos los costos asociados con el proceso de recolección. \_\_\_\_ **Inicial**

# *Austin Gynecology Associates, PA*

## POLITICA PACIENTE de COMUNICACION

AGA contactará a pacientes en el número proporcionado, u ocasionalmente por correo en comunicar información médica confidencial como resultados de laboratorio y u opciones de tratamiento. Los métodos de contacto pueden incluir hablar con su representante médico. Si nosotros no podemos hablar con una persona, voluntad de AGA, en nuestra discreción, deja un voicemail que puede contener sus resultados de laboratorio u opciones de tratamiento o solicitar una llamada atrás del paciente.

Si tiene a un representante médico, lista por favor su nombre abajo. Usted nos autoriza a hablar con él/ella acerca de sus opciones de tratamiento y/o resultados de laboratorio o en la persona o sobre el teléfono.

---

¿Son descritos los métodos de comunicación encima de satisfactorio?  Sí  No

Si no, indica por favor debajo de su método preferido de contacto:

---

---

---

HE LEIDO la OFICINA de AGA Y a PACIENTE COMMUNICIATION POLITICAS Y HE RECIBIDO UNA COPIA PARA MI REFERENCIA. FIRMANDO ESTA FORMA, yo COMPRENDO EL ENCIMA DE TERMINOS Y CONDICIONO TAL COMO PLANTEADO Y ADHERIRE A ESTA POLITICA.

Imprima Name \_\_\_\_\_

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

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