

Entiendo Su Visita y Los Copagos de La Oficina

Exámenes de bienestar, cuidados crónicos, visitas por enfermedad ... Si está confundido acerca de las diferencias entre estos términos, ¡NO está solo!

Aquí en Rocky Run Family Medicine, nuestro objetivo es ayudarle a comprender los diferentes tipos de visitas para que sepa qué esperar en términos de costo. Por favor comprenda que estas solo son guías en un esfuerzo por ayudarlo a comprender los cargos. Su plan de seguro puede procesar diferentes servicios de manera única y es muy importante que conozca sus beneficios antes de hacer una cita. Tome tiempo para familiarizarse con lo que ofrece su plan de seguro. Consulte el sitio web de su compañía de seguros para obtener más detalles.

Exámenes de bienestar

Este es un examen para evaluar una enfermedad no diagnosticada previamente y/o brindar guía para una vida saludable. Obtener los servicios preventivos adecuados en el momento adecuado puede ayudarle a mantenerse saludable al prevenir enfermedades o al detectar un problema de salud en una etapa temprana, cuando puede ser más fácil de tratar.

Muchos seguros cubren una visita de atención preventiva/de bienestar cada año. Sin embargo, si se discuten nuevos problemas, se revisan problemas crónicos, o se modifican los medicamentos, se cobrará un cargo por visita al consultorio además del cargo por examen preventivo. Los copagos, deducibles y coseguros se aplicarán según su plan de seguro.

Como hemos encontrado que la mayoría de las visitas de bienestar para adultos también resultan en visitas simultáneas (como se señaló anteriormente), se asume inicialmente que todas las visitas de bienestar para adultos incluyen una visita al consultorio, y se aplicará un copago por la visita al consultorio. Si la visita resulta ser solo un examen de bienestar/atención preventiva, y si su seguro no tiene un copago asociado, cualquier copago realizado se acreditará en su cuenta.

Visitas de Seguimiento/Atención Crónica/Consultas Generales

Estos incluyen cualquier visita para revisar problemas crónicos, ajustar medicamentos, revisar laboratorios, relleno de medicamentos, o hablar de otras inquietudes médicas. La frecuencia de visitas requeridas dependerá del paciente y de las preocupaciones o problemas específicos. Se aplicarán los copagos, deducibles, y coseguros segunda las guías de su seguro.

Si tiene preguntas sobre nuestro servicios y cargos asociados comuníquese con nuestro departamento de finanzas.

Yo entiendo que el propósito de mi visita de hoy es para un examen de bienestar/preventivo. Yo entiendo que cualquier nuevo problema de salud, condición crónica, o otros procedimientos hechos en la oficina que pueda solicitar hoy no se considera parte del examen de bienestar y que se aplicará un copago o deducible adicional. Yo entiendo que seré responsable del pago total.

Nombre Escrita: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Historial Médico del Paciente

Por favor indique si actualmente tiene o ha tenido lo siguiente:

	Si	No	Detalles		Si	No	Detalles
Dolor de cabeza, migrañas				Hernia			
Epilepsia, Convulsiones				Enfermedad de vesícula biliar			
Depresión				Infecciones de vejiga			
Ansiedad				Incontinencia			
Cuestiones de salud mental (detalles específicos)				Problemas de próstata			
Insomnia				Enfermedad de riñones			
Apnea de sueño				Enfermedades de transmisión sexual			
Perdida de la audición				VIH/SIDA			
Zumbido en oídos				Hepatitis			
Glaucoma/Cataratas				Disfunción sexual			
Alergias a alimentos				Disfunción menstrual			
Enfermedad de tiroides				Infertilidad			
Mareos/ Desmayos				Artritis			
Vértigo				Osteoporosis			
Dolor de pecho				Dolor de cuello			
Murmulo de corazón				Dolor de espalda			
Enfermedad de corazón				Dolor de pierna/ Hinchazón			
Presión alta / baja (cual)				Bursitis/Tendonitis			
Problemas con circulación				Erupción crónica			
Tendencia de sangrado / coagulación				Diabetes			
Anemia				Cancer			
Transfusión de sangre				Perdida de peso			
Asma				Aumento de peso			
Pneumonía				Sarampión			
Tuberculosis (TB)				Paperas			
Úlcera Gástrica				Varicela			
Irregularidad de intestino				Tos ferina			
Sangrado rectal				Polio			
Hemorroides				Tetanus			
				Cualquier otra enfermedad no listada			

Historial Social

	Si	No	Detalles		Si	No	Detalles
Fumar (cuantos por día y cuantos años)				Uso de cafeína (cuanto)			
Alcohol (frecuencia y cantidad)				Ejercicio fuera de actividades diarias (que/con que frecuencia/duración)			
Uso de drogas				Esta estresado(a)			
Tiene niños (cuántos /sexo/año de nacimiento)				Esta empleado (ocupación)			
Vive solo							

Historial de cirugía

	Si	No	Detalles		Si	No	Detalles
Timpanostomía				Cirugía de espalda			
Apendectomía				Histerectomía			
Cirugía de vesícula biliar				Reemplazamiento de cadera			
Cirugía del Corazon (indique que tipo)				Cirugía de rodilla			
Amigdalotomía				Reparamiento de cataratas			
Cirugía de senos de la cara				Cualquier otra cirugía no listada (incluye solo fecha y año o cirugía)			

Historial Familiar

Si la respuesta es si, por favor incluye quien en la familia

	Si	No	Detalles		Si	No	Detalles
Asma				Epilepsia			
Enfermedad del Corazon (edad de primer evento)				Desorden sangrante			
Presión alta				Enfermedad de riñones			
Colesterol elevado				Enfermedad de tiroides			
Derrame cerebral				Enfermedad mental			
Cancer (tipo, edad)				Osteoporosis			
Glaucoma				Artritis			
Diabetes				Cualquier otra enfermedad no listada			

Para Mujeres

	Si	No	Detalles		Si	No	Detalles
Edad de la primera menstruación				Prematuro			
Duración de ciclo (# de días de primer día de menstruación al primer día de siguiente menstruación)				Nacimiento de un niño(a) muerta			
Duración de menstruación				Aborto espontaneo			
Fluido de menstruación				Abortos			
Incomodidad				Embarazo tubal			
Síndrome pre-menstrual				Complicaciones con elembarazo			
Número de embarazos				Parto vaginal (que año(s))			
Nacimiento a término completo				Cesaría (que año(s))			

Medicamentos

Por favor indique los medicamentos que actualmente está tomando: _____
