

# Mt. Pleasant Family Practice

Chris Burling, M.D.  
Beverley J. Springstead, MPAS, PA-C  
618 N. Jefferson, Suite 1  
Mt. Pleasant, TX 75455

(903)575-9500  
FAX (903)575-9866  
www.mpfp.net

## INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

#Telefono Principal \_\_\_\_\_ Casa Celular Trabajo #Telefono 2 \_\_\_\_\_ Casa Celular Trabajo

Correo Electronico \_\_\_\_\_ Sexo  M  F #Seguro Social \_\_\_\_\_

Casado  Soltero  Divorciado  Separado  Viuda/Viudo  Pareja  Menor

Raza:  Nativo Americano  Nativo de Alaska  Asiatico  Negro/Afroamericano  
 Hispano/Latino  Nativo de Hawaiiian/Islands del Pacifico  Blanco/Caucasico  Otro \_\_\_\_\_

Empleo/Escuela \_\_\_\_\_ Ocupacion/Nivel de Grado \_\_\_\_\_

Domicilio de Empleo/Escuela \_\_\_\_\_ # Telefono \_\_\_\_\_

Contacto en caso de emergencia \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_ #Telefono \_\_\_\_\_

## GARANTE/INFORMACION DEL SEGURO

Persona responsable de cuenta \_\_\_\_\_ Relacion con el paciente \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ #Seguro Social \_\_\_\_\_ #Telefono \_\_\_\_\_

Domicilio (si es diferente) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Empleo \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_

Domicilio de empleo \_\_\_\_\_ #Empleo \_\_\_\_\_

Compania Aseguradora \_\_\_\_\_ #ID \_\_\_\_\_ #Grupo \_\_\_\_\_

Nombre de otras personas cubiertas por este plan \_\_\_\_\_

El paciente esta cubierto por un seguro adicional?  SI  No

En caso afirmativo, Nombre la compania de seguro \_\_\_\_\_

#ID \_\_\_\_\_ #Grupo \_\_\_\_\_ Nombre de los suscriptores \_\_\_\_\_

## ASIGNACION Y LANZAMIENTO

Certifico que yo/o mis dependientes tenemos aseguranza con la(s) compania(s) enumerada(s). Al igual que asigno directamente a Christopher Burling, MD/Beverly Springstead, MPAS, PA-C todos mis beneficios de aseguranza para las consultas medicas. Entiendo que soy responsable de todos los cargos sean o no pagados por la aseguranza. Autorizo el uso de mi firma en todas las submisiones de aseguranza. Los proveedores antes mencionados pueden usar mi informacion de atencion medica a revelar dicha informacion a las companias de seguros con nombre capaces y sus agentes con el fin de obtener el pago de servicios y la determinacion de los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Este consentimiento terminara previa solicitud por escrito.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Padre/Tutor/Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Porfavor escriba el nombre del Paciente /Padre/Tutor/Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Relacion del paciente

Chris Burling, MD  
Beverley J. Springstead, MPAS, PA-C  
618 N. Jefferson Ave., Ste. 1  
Mt. Pleasant, TX 75455

Mt. Pleasant Family Practice

903-575-9500  
fax 903-575-9866  
www.mpfp.net

**AUTORIZACION PARA UTILIZAR O DIBULGAR INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA**

*Esta autorización puede ser utilizada para permitir una entidad cubierta (según dicho término se define por HIPAA y la ley de Texas es aplicable) para usar o divulgar la información protegida de salud de un individuo. Individuos que completen este formulario deben leer el formulario en su totalidad antes de firmar y completar todas las secciones que se aplican a las decisiones relacionadas con el uso o divulgación de su información de salud protegida*

**Información con respecto al paciente que se le hace la autorización:**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

# de Telefono: \_\_\_\_\_

**Información sobre el médico o entidad de atención médica autorizado a revelar esta información:**

*Mt. Pleasant Family Practice  
Chris Burling, MD  
Beverley J. Springstead, MPAS, PA-C  
618 N. Jefferson Ave., Ste. 1  
Mt. Pleasant, TX 75455  
903-575-9500  
903-575-9866 FAX*

**INFORMACION SOBRE EL MEDICO O ENTIDAD DE ATENCION MEDICA AUTORIZADO A REVELAR**

**ESTA INFORMACION**

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

Relacion: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

**Información específica que se divulga:**

Registros medicos de (fecha) \_\_\_\_\_ hasta (fecha) \_\_\_\_\_

Registros medico complete, incluyendo la historia del paciente, notas de oficina (excepto notas psicoterapia ), resultados de pruebas, radiología , estudios, películas, referencias, consultas, registros de facturación, registros de seguro, y registros recibidos de otros proveedores de atención médica.

Otro: \_\_\_\_\_

**Incluir:** (indicar sus iniciales)

\_\_\_\_\_ Registros de abuso de sustancias, drogas o alcohol.

\_\_\_\_\_ Registros de Salud Mental (excepto las notas de psicoterapia)

\_\_\_\_\_ Información relacionada con el VIH/SIDA ( incluyendo los resultados de las pruebas del VIH / SIDA )

**Razon por la divulgacion de la informacion:** (elegir todos los que aplican)

- Tratamiento/Continuacion de atencion medica
- Facturacin o Reclamacions
- Proposito Legal
- Escuela
- Otro (especificar): \_\_\_\_\_
- Uso Personal
- Seguro
- Determinacion de Incapacidad
- Empleo

**La persona que firma este formulario acepta y reconoce lo siguiente:**

- (i) **Autorizacion Voluntaria:** Esta autorización es voluntaria. El tratamiento , pago, inscripción o elegibilidad para beneficios ( según el caso) no estarán condicionados a la firma de este formulario de autorización
- (ii) **Periodo de tiempo efectivo:** Esta autorización estará vigente hasta los primeros dos (2 ) años después de la muerte de el paciente a la que se hace esta autorización o la siguiente fecha especifica: Mes: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_.
- (iii) **Derecho de Revocar:** Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento por escrito al proveedor de servicios de atención de salud o entidad arriba. Entiendo que puedo revocar esta autorización , excepto en la medida en que la acción ya ha sido tomada en base a la presente autorización.
- (iv) **Informacion Especial:** Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con las drogas , el alcohol , el abuso de sustancias , información sobre salud mental , excepto las notas de psicoterapia , y la información confidencial relacionada con el VIH / SIDA , sólo si pongo mis iniciales en las líneas apropiadas anteriormente. En el caso de la información de salud descrita anteriormente incluye alguno de estos tipos de información , y sus iniciales en las líneas correspondientes en el cuadro de arriba , autorizo específicamente la liberación de dicha información a la persona de la entidad indicada en el presente document.
- (v) **Autorizacion de Firma:** He leído esta forma y de acuerdo a los usos y divulgación de la información tal como se describe. Entiendo que negarse a firmar este formulario no se detiene la divulgación de información de salud que se ha producido con anterioridad a la revocación o que se lo permita la ley sin mi autorización específica o permiso. Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por el recipiente y ya no esta protegida por las leyes federales o estatales de privacidad.

**FIRMAS:**

Paciente/Reprecentante Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si representante legal, relacion al paciente: \_\_\_\_\_

Se requiere la firma de una persona menor de edad para la liberación de ciertos tipos de información, incluyendo, por ejemplo , la divulgación de información relacionada con ciertos tipos de atención reproductiva , enfermedades de transmisión sexual, drogas, abuso de alcohol o de sustancias y tratamiento de salud mental

Firma de el menor (si es aplicable): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA OBTENER EL HISTORIAL DE  
MEDICAMENTOS**

**Nombre** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_

Nuestra práctica médica utiliza un sistema de registros médicos electrónico, con el fin de mejorar la calidad de nuestros servicios. Este sistema nos permite coleccionar y repasar su "historia médica.". Una historia medica es una lista de medicamentos que nosotros e otros doctores recientemente le han recetado. Esta lista es coleccionada por medio de distintas veriedades, incluyendo a su farmacia y su asegurador de salud.

Una historial medica precisa es de mucha importancia y nos ayuda a tratarlo adecuadamente y evitar interacciones potencialmente peligrosas de medicamentos.

Al firmar este formulario de consentimiento usted nos permite coleccionar y da autoridad a su farmacia y plan de salud que revelen información acerca de sus recetas médicas que han sido rellenas en cualquier farmacia o cubiertas por un plan de seguro médico. Esto incluye recetas utilizadas para tratar el VIH/SIDA y también las medicinas utilizadas para tratar condiciones de salud mental, como la depresión. Esta información se convierte en una parte de su historia médica.

Este historial medico es una guia de ayuda pero quizas no sea completamente preciso. Algunas farmacias no permiten que la historia de medicamentos sea disponible para nosotros y la historia de medicamentos de su plan de salud no podría incluir medicamentos que haya adquirido sin usar su seguro de salud. Su historial de medicamentos talvez no incluya medicinas de venta libre, suplementos o remedios herbales. Es muy importante que tomemos el tiempo para discutir todos los medicamentos que está tomando para que usted nos señale los errores en su historial de medicina.

**DOY PERMISO A MT. PLEASANT FAMILY PRACTICE PARA OBTENER MI HISTORIAL DE MEDICAMENTOS DE MI FARMACIA, MI PLAN Y PROVEDORES DE SERVICIO DE SALUD.**

---

FIRMA DEL PACIENTE/PADRE/TUTOR/REPRESENTANTE PEROSONAL

FECHA

**Formulario de Consentimiento Portal para el Paciente**

El acceso a este portal seguro para el paciente es un servicio opcional . Se podrá suspender o cancelar en cualquier momento y por cualquier motivo. Entiendo que mi acceso a este portal no afectará el nivel actual de la atención que ya estoy recibiendo en Mt. Pleasant Family Practice. Reconozco que he leído y entiendo completamente esta forma. Se me han dado los riesgos y beneficios del portal de paciente y estoy de acuerdo en que yo entiendo los riesgos asociados con las comunicaciones en línea de este documento. Reconozco que el uso del portal de paciente es totalmente voluntario y no afectará la calidad de atención que recibo en Mt. Pleasant Family Practice. Además, estoy de acuerdo a que se adhieran a las pólizas establecidas en este documento. Así como cualquiera otras instrucciones o directrices que mi médico puede imponer para las comunicaciones en línea. Entiendo que este acuerdo se mantendrá vigente durante 12 meses. Al final de ese tiempo, voy a tener que renovar mi correo electrónico confidencial y registro portal del paciente. También es mi responsabilidad informar a Mt. Pleasant Family Practice si hay un cambio en mi cuenta de correo electrónico o si siento que mi contraseña segura ha sido violada. Estoy de acuerdo en no culpar a Mt. Pleasant Family Practice o cualquiera de sus funcionarios responsables de las infracciones de la red fuera de su control.

**Al firmar este document, su firma en este formulario es la aceptación de la póliza y procedimientos para nuestro portal de paciente.**

**Por favor escriba toda la informacion de manera clara.**

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico confidencial: \_\_\_\_\_

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

## **Formulario de Educación del Asistente Médico Para el Paciente**

**Que es un Asistente Medico (PA)?** Un Asistente Médico es un graduado de un programa acreditado (PA) que está académicamente y clínicamente capacitado para ejercer la medicina con la supervisión de un médico autorizado. Los Asistentes Médicos están capacitados como profesionales de la salud dependiente y trabajan como parte del equipo médico asistente para dar la mejor presentación de atención médica.

**Que pueden hacer los Asistentes Medicos Legalmente?** En Texas, todos los Estados, el Gobierno Federal de Estados Unidos y Servicios Uniformados, el distrito de Columbia, y el territorio de Guam, los médicos podrán delegar a los Asistentes Medicos deberes que están dentro del alcance del médico en la práctica. La formación y experiencia se les permite por ley. Como parte de sus responsabilidades integrales realizan exámenes físicos, diagnostican y tratan enfermedades, proporcionan asesoramientos de medicina preventiva, educan al paciente, ordenan e interpretan pruebas de laboratorio, saturan heridas, ayudan en la cirugía, hacen rondas en los hogares y hospitales de enfermería, y recetan medicina.

**Que es la diferencia de un Asistente Medico y un Medico?** Los Asistentes médicos son educados en el modelo médico. En algunas escuelas asisten a muchas de las mismas clases que los estudiantes de medicina. Una de las principales diferencias entre un Asistente Medico y un Medico es el contenido básico del currículo y la cantidad de tiempo invertido en la educación formal. Además de el tiempo en la escuela los Asistentes Medicos tienen que hacer un Internado y la mayoría al igual completan un estudio adicional. Por lo general un Asistente Medico ve muchos de los mismos pacientes que un Medico. Los casos atendidos por los médicos por lo general son los casos más complicados o aquellos casos que requieren atención médica que están fuera del alcance del Asistente Medico.

**Los Asistentes Medicos tienen que pasar un examen Nacional?** En los 50 estados existen leyes que protegen a los Asistentes Medicos (incluyendo Tejas). Los Asistentes Medicos están obligados a tomar un examen del Consejo Nacional de Certificación, desarrollado por la Junta Nacional de Examinadores Médicos y Administrado por la Comisión Nacional Independiente de Certificación de Asistente Médico. Los Asistentes Médicos tienen licencia o están registrados en el estado que practican. Para mantener su licencia tienen que tener más de 100 horas de educación continua cada dos años y tomar el examen de Consejo Nacional cada seis años.

---

FIRMA DEL PACIENTE

---

FECHA



Chris Burling M.D.  
 Beverley J. Springstead, MPAS, PA-C  
 618 N Jefferson, Suite 1  
 Mt. Pleasant, TX 75455

Mt. Pleasant Family Practice

(903)575-9500  
 Fax (903)575-9866  
 www.mppf.net

## HISTORIA MEDICA

*Usted tiene o a tenido algunos de los siguientes problemas?*

Condicion/Enfermedad/Diagnostico	SI	NO
Reflujo, Azides, Enfermedad por reflujo Gastroesofágico		
Sindrome de Dificit Atencional o Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad		
Alergias		
Alzheimer's		
Anciedad		
Anemia-Deficiencia de Hierro/Pernicios/Celulas Falciformes ( <i>circule uno</i> )		
Artritis, Osteo/Reumatoide/Psoriatica ( <i>circule uno</i> )		
Asma		
Desorden Bipolar		
Enfermedad de la Arteria Coronaria		
Cancer- Porfavor indique el tipo:		
Insuficiencia Cardíaca Congestiva		
COPD/Emficema		
Depresion		
Diabetes: Dependiente de Insulina o No Dependiente de Insulina ( <i>circule uno</i> )		
Eczema		
Epilepsia		
Glaucoma		
Dolores de Cabeza		
Ataque al Corazon		
Alta Presion Sanguinea (HTN)		
Colesterol Alto		
Inmunodeficiencia		
Emfermedad del Rinon		
Enfermedad del Hgado		
Enfermedad Mental- Porfavor indique el tipo:		
Migranas		
Esclerosis Multiple		
Obesidad		
Trastorno Obesivo Compulsivo (OCD)		
Otitis Media-Chronica		
Enfermedad de Parkinson		
Enfermedad de la Prostata		
Psoriasis		
Convulsiones		
Sinusitis-Chronica		
Lesion Espinal		
Ataque Fulminante (TIA)		
Enfermedad de Tiroides		



Chris Burling M.D.  
Beverley J. Springstead, MPAS, PA-C  
618 N Jefferson, Suite 1  
Mt. Pleasant, TX 75455

Mt. Pleasant Family Practice

(903)575-9500  
Fax (903)575-9866  
www.mpfp.net

### HISTORIA SOCIAL

Esta trabajando actualmente? Si No En caso afirmativo, donde? \_\_\_\_\_

Titulo presente o pasado de trabajo: \_\_\_\_\_

Cual es su estado civil? (porfavor circule uno) casado soltero divorciado separado viudo/a

Tiene Hijos? Si No

Cuantos? \_\_\_\_\_ Mujeres \_\_\_\_\_ Varones

Alguna vez a fumado? Si No

En caso afirmativo, cuantos paquetes por dia? \_\_\_\_\_ Cuantos anos tiene fumando? \_\_\_\_\_

Todavia fuma? Si No

Si no, cuando dejo de fumar? \_\_\_\_\_ Cuantos paquetes al dia fumaba? \_\_\_\_\_

Alguna vez ha usado tabaco sin humo? Si No

En caso afirmativo, que tipo? \_\_\_\_\_

Todavia usa tabaco sin humo? Si No

En caso afirmativo, cuanto por dia? \_\_\_\_\_

Cuantos anos tiene usando tabaco sin humo? \_\_\_\_\_

Si no, cuando dejo de usarlo? \_\_\_\_\_ Cual era la cantidad del uso diario? \_\_\_\_\_

Bebe alcohol? Si No

En caso afirmativo, con que frecuencia? (porfavor circule uno) poco social regular

Cuantas bebidas por semana? \_\_\_\_\_

Usa drogas ilegales? Si No En el pasado ah usado drogas ilegales? Si No

En caso afirmativo, porfavor indique que tipo? \_\_\_\_\_

### DIRECTIVA ANTICIPADA

Una Dierctiva Anticipada permite al doctor saber que tipo de atencion medica le gustaria tener en cazo de que sea incapaz de tomar decisiones medicas. Si es mayor de 18.

Tiene una Directiva Anticipada? Si No

En caso negative, desea hablar de esto con su proveedor de cuidado de salud hoy? Si No

### INFORMACION DE MEDICO ANTERIOR

Porfavor escribe el nombre y direccion de sus doctores recientes.

Nombre:

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

Domicilio:

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

Chris Burling, MD  
Beverley J. Springstead, MPAS, PA-C  
618 N. Jefferson Ave., Ste. 1  
Mt. Pleasant, TX 75455

Mt. Pleasant Family Practice

903-575-9500  
fax 903-575-9866  
www.mpfp.net

## Notificacion De Practicas De Privacidad

He revisado el aviso de las prácticas de privacidad de esta oficina, que explica cómo se utilizará mi información médica y divulgada . Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento.

---

Firma del Paciente o Representante Personal

---

Fecha

---

Nombre del Paciente o Representante Personal

---

Descripción de la Autoridad del Representante Personal

## POLIZA DE MISCELANEO

1. **PCP-** Dr. Burling debe aparecer como su médico de atención primario antes de su cita. Si el Doctor no aparece como su doctor primario, su cita sera cancelada. Nuestra oficina intentará notificarle si encontramos otro médico en la lista, sin embargo, esta es su responsabilidad. Por favor, comprenda que si el Dr. Burling aparece como su Proveedor de Atencion Primario, un Asistente Medico, bajo la supervisión del Dr. buling puede atenderlo tambien.
2. **Referencias-** En base con los requisitos de seguro, nuestra oficina debe tener la documentación precisa para todas las referencias. Esto puede requerir que usted tenga que ser visto por nuestros médicos antes de comenzar el proceso de referencia. Debido a la extensa naturaleza del proceso de referencia, le pedimos que usted permita a la oficina por lo menos 5-7 días laborales para que cualquier referencia sea completa. Usted será notificado de su cita tan pronto el proceso sea finalizado.
3. **Autorizacion Previa-** Autorización previa se realizará en el momento oportuno por nuestra oficina. Si se necesitan las actualizaciones de autorizaciones previas por favor póngase en contacto con su compañía de seguros, ya que son los únicos responsables en la aprobación. Nuestra oficina no será responsable del manejo de las autorizaciones previas ordenadas por otros médicos

**Nuestra práctica se compromete a proporcionar el mejor tratamiento a nuestros pacientes. Gracias por la comprensión de POLIZA DE MISCELANEO. Por favor, háganos saber si usted tiene alguna pregunta o inquietud.**

**He leído y entendido esta Poliza de Miscelaneo, y estoy de acuerdo con sus directrices:**

---

**Firma del Paciente / Representante Personal**

---

**Fecha**

## Poliza de pago del Paciente

Gracias por elegir a Mt. Pleasant Family Practice como su proveedor de atención primaria. Estamos comprometidos a proveerle con la calidad y el cuidado de salud asequible. Debido a que algunos de nuestros pacientes han tenido preguntas acerca de la responsabilidad de seguros por los servicios prestados al paciente. Hemos elegido ofrecerle nuestra información política de pago. Lea y solicitenos cualquier pregunta que usted pueda tener, y firme el espacio provisto. Una copia sera dada a usted si lo desea.

1. **Seguro.** participamos en la mayoría de los planes de seguro, incluyendo Medicare. Si usted no está asegurado por un plan que participamos, el pago total se espera en cada visita. Si usted está asegurado por un plan participante, pero no tiene una tarjeta de seguro hasta la fecha, el pago total por cada visita se requiere hasta que podamos verificar su cobertura. Aunque se verifica sistemáticamente la elegibilidad del paciente bajo su póliza de seguro, el conocimiento de sus beneficios de seguro es responsabilidad del paciente. le recomendamos que se contacte con su compañía de seguros con cualquier pregunta que pueda tener acerca de detalles específicos sobre su cobertura.
2. **Copagos y Deductibles.** Recomendamos que todo los pagos y deductibles sean pagados en el momento de el servicio. Este arreglo es parte de su contrato con su compañía de seguros. El fracaso de nuestra parte para cobrar copagos y deducibles de los pacientes puede considerarse fraude de seguros. Por favor ayúdenos a hacer cumplir la ley mediante el pago de su copago o deducible cada visita.

Nos esforzamos en ayudar a nuestros pacientes e intentamos obtener horarios libres para todas las empresas de seguros que participan. Si el paciente debe un deducible o coaseguro, sólo se recogerá la cantidad que la compañía de seguro requiera que pague. Si por alguna razón usted paga mas de lo debido por servicios después de nuestro reclamo es procesado, se lo notificaremos y le reembolzaremos el pago lo mas pronto posible.

3. **Servicios no cubiertos.** Tenga en cuenta que algunos, y tal vez no todos, de los servicios que reciba no sean cubiertos, o no considerados médicamente necesarios por Medicare o otros aseguradores. Usted debe pagar por estos servicios en su totalidad al momento de la visita si desea obtener servicios que no estan cubiertos.
4. **Comprobacion de Seguro.** Todos los pacientes deben completar el formulario de información del paciente antes de ver al médico. Debemos obtener una copia de su licencia de conducir y tarjeta de seguro válida actual para proporcionar prueba de seguro. Si usted no puede proporcionarnos la información de seguro correcta en el momento oportuno, usted puede ser responsable por el saldo de una reclamación.
5. **Sumision de Reclamo.** Presentaremos su reclamo de manera oportuna, y le ayudaremos en todo lo que podamos, razonablemente, para que sus reclamos sean pagados. Su compañía de seguros puede necesitar que se les suministre cierta información directa para que sus reclamos sea pagados. Es su responsabilidad de cumplir con su petición.

Chris Burling, MD

Mt. Pleasant Family Practice

903-575-9500

Beverley J. Springstead, MPAS, PA-C

fax 903-575-9866

618 N. Jefferson Ave., Ste. 1

www.mfp.net

Mt. Pleasant, TX 75455

6. **Cambios de Covertura.** Si cambia la cobertura de seguro, por favor notifiquenos antes de su próxima visita para que podamos hacer los cambios apropiados y de esa manera, ayudarle a recibir sus beneficios máximos .
7. **Estado de pago privado (Si no tiene seguro).** Nuestra política de oficina requiere el pago en su totalidad en el momento del servicio para todas las visitas al consultorio y trabajo de laboratorio, si se realiza. El pago puede hacerse en efectivo, con cheque, MasterCard, Visa, American Express, o Discovery. Si usted tiene alguna pregunta con respecto a los gastos generados en su visita por favor no dude en preguntar a nuestras recepcionistas o personal de facturación .
8. **Falta de Pago.** Si su cuenta tiene más de 90 días de atraso, recibirá una carta indicando que usted tiene 30 días para pagar su cuenta o hacer arreglos de pagos mensuales con el departamento de facturación. Tenga en cuenta que si queda un saldo sin pagar, vamos a referir su cuenta a una agencia de cobro y usted y sus dependientes puedan ser dados de alta en esta práctica . Si esto ocurre, se le notificará por correo regular y certificado que usted tiene 30 días para encontrar atención médica alternativa. Durante esos 30 días nuestros proveedores de atención médica sólo serán capaz de tratarlo en caso se emergencia.
9. **Citas Perdidas.** Con el fin de ser respetuosos de las necesidades médicas de todos nuestros pacientes en Mt. Pleasant Family Practice, solicitamos que el paciente o tutor llame a nuestra oficina de inmediato si el paciente no puede asistir a una cita. Si el paciente no puede cancelar una cita y no se presentó a las cita, se considera un "no - presente". Después de 3 " no-presentes " nuestra clininca reserva el derecho de despedir a un paciente de su cuidado.
10. **Cheques Devueltos:** En el caso dado si un paciente escribe un cheque a nuestras instalaciones y se devuelve como "fondo no suficientes" o "cuenta cerrada," una cuota de \$25 se evaluará a la cuenta. Si un paciente presenta más de un cheque devuelto a nuestras instalaciones por cualquier pago futuro, nuestra clínica podrá exigir que su pago sea en forma de dinero en efectivo , giro postal o tarjeta de crédito solamente.

Nuestra práctica se compromete a proporcionar el mejor tratamiento a nuestros pacientes. Nuestros precios son representativos de los cargos usuales y habituales para nuestra zona

Gracias por la comprensión de nuestra política de pago. Por favor, háganos saber si usted tiene alguna pregunta o inquietude.

**He leído y entiendo la política de pago y estoy de acuerdo con sus normas:**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o persona responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha